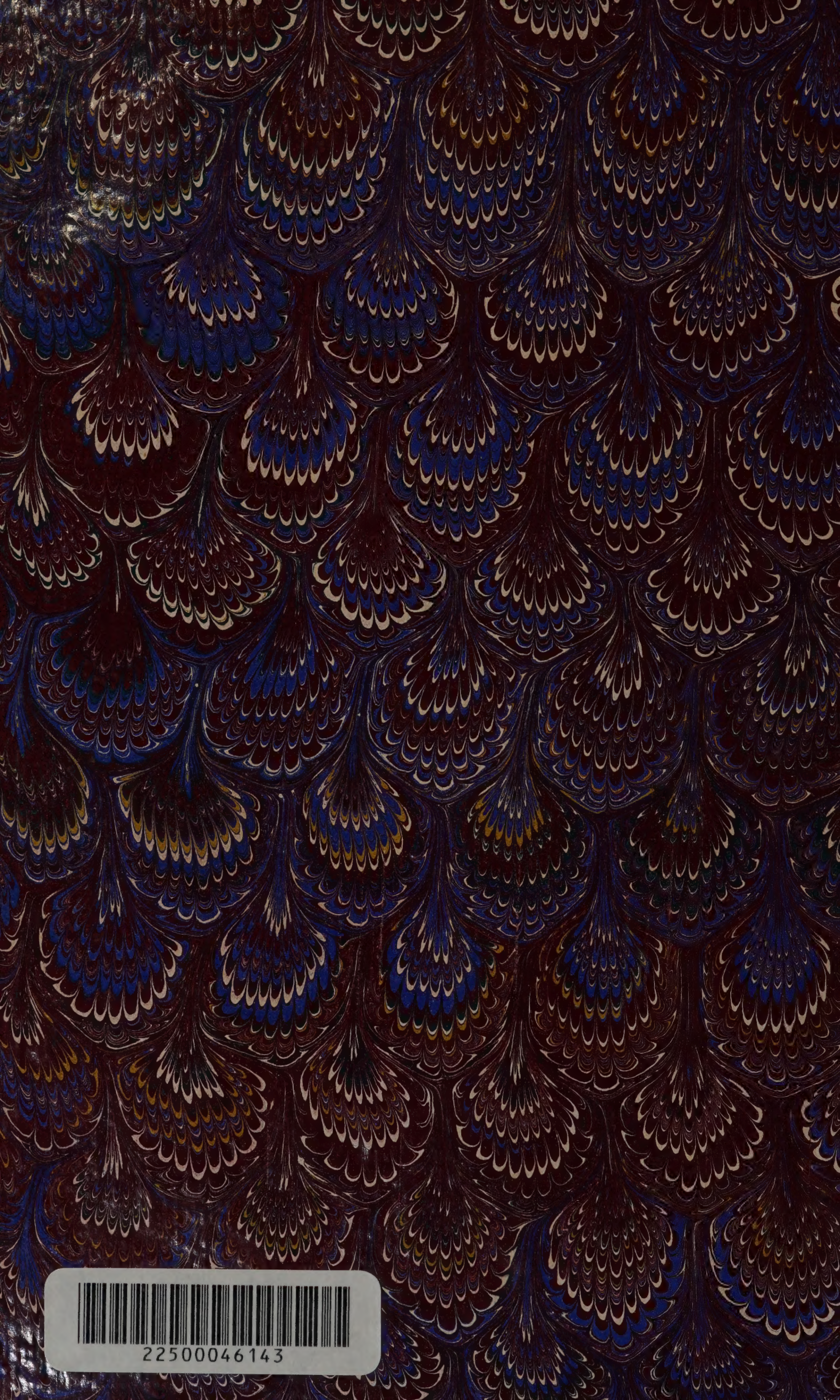












REVISTA MÉDICA DE MÉXICO

REVISTA

MEDICA DE MEXICO

AÑO PRIMERO
1888-1889

VOLUMEN I



MEXICO
REDACCION Y ADMINISTRACION
Calle del Refugio 15, (Entresuelo)
1888

VOL. I. México, Marzo 1º de 1888. NUM. 1

REVISTA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO BIMENSUAL DIRIGIDO POR EL DR. JOSE RAMOS.

COLABORACION:

Dres. R. Lavista, M. Carmona y Valle, E. Liceaga, J. M. Rodriguez, R. Fuertes, M. Alvarado, D. Mejía, J. M. Bandera, M. Dominguez, M. Gutierrez, San Juan, F. de P. Chacón, F. López, F. Ortega y Fonseca, F. Hurtado, N. Vargas, J. Martinez del Campo, C. Tejeda Guzman, J. Villagrán.—Responsable: M. Barreiro.

DIRECCION Y REDACCION:

CALLE DEL ESPIRITU SANTO N. 8,

DESPACHO DE LOS SRES.

E. DUBLAN Y COMP.

Administrador y propietario: Dr. Manuel Barreiro.

Apartado en el Correo núm. 619.

PRECIOS DE SUSCRICION:

EN LA CAPITAL

Por un mes	$ 0 50
Por seis meses	2 50

EN LOS ESTADOS

Por un mes	$ 0 62
Por seis meses	3 50

PRENSA EXTRANJERA QUE RECIBIMOS PARA LA FORMACION DE LA REVISTA:

"Gaceta Médica de Paris."—"Gaceta de los hospitales civiles y militares de Paris."—"Periódico de las Sociedades Científicas."—"Revista Científica."—"La Naturaleza."—"Gaceta Hebdomadaria."—"Revista de Medicina," de Bouchard, Charcot y Chauvau.—"Anales de las enfermedades de los órganos genito-urinarios."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Lúcas Championière.—"Periódico de Medicina de Paris," de Lutaud.—"Boletin de la Academia de Medicina."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Bruselas.—"El Electricista."—"El Tiempo Médico," de Filadelfia.—"El Registro Médico."—"El Mundo Médico."—"Anales de Ginecología," de Boston.—"La Lanceta," de Lóndres.

SECCION EDITORIAL.

OSTEOTOMIA LINEAL.

DEL

CUELLO ANATOMICO DEL FÉMUR

En un caso de luxacion isquiática consecutiva á la artritis purulenta puerperal.

NUEVO PROCEDIMIENTO
PARA LA RESECCION DE LA ARTICULACION COXOFEMORAL

El caso con que vamos á dar cuenta en extracto, ofrece un positivo interes clínico y ha sido la ocasion favorable para sustituir el procedimiento clásico de la reseccion coxofemoral, por otro nuevo procedimiento á todas luces más ventajoso y mucho más práctico.

La Sra. P. D. M. nos consultaba á mediados del año de 86, á propósito de la desgraciada situacion en que habia sido colocada, despues de los graves accidentes que le sobrevinieron en la articulacion coxofemoral, como consecuencia de una artritis purulenta puerperal. Era esta señora vigorosa, bien constituida y con todas las apariencias de la mejor salud; pero estaba obligada á mantenerse acostada sobre el dorso, por la posicion viciosa que la cabeza femoral habia adquirido despues de la luxacion patológica que la artritis purulenta de esa articulacion habia motivado.

El exámen de la enferma nos hizo ver que el miembro abdominal derecho se encontraba en abduccion forzada, completa rotacion hácia fuera y flexion sobre el vientre, de tal manera fijo, que era imposible cambiar su situacion, borrado completamente el pliegue glúteo y exagerada la parte superior y externa del pliegue inguino-crural; la pélvis en su parte lateral derecha inclinada fuertemente hácia arriba y hácia atrás, produciendo un desnivel muy notable en la línea bisiliaca. El trocanter perdido en la masa glútea, no se podia reconocer fácilmente, y la cabeza femoral de tal manera oculta entre las partes blandas, que no era posible definir su situacion; el miembro en su totalidad aparentemente acortado.

En este estado de cosas, hubiera podido creerse en la existencia de una luxacion subpubiana, y al haberse encontrado la cabeza femoral debajo del arco, no habria cabido duda; pero como ésta evidentemente no estaba allí, habia que pensar en una luxacion isquiática, por extraña que pareciera la actitud en que el miembro se encontrara. Como la situacion en que la señora se nos presentó, reclamaba urgentemente una modificacion que la sacara del estado á que habia quedado reducida, pensamos en cambiarla á todo precio, y á este fin se hizo el estudio cuidadoso de las nuevas relaciones que la cabeza femoral habia contraido, así como de las modificaciones que la cavidad cotiloidea hubiera su-

frido, como resultado de la violenta flegmasia de que fué el sitio durante cuatro meses.

Posible tal vez habria sido intentar la reduccion de la luxacion con la artrotomía prévia; pero siendo indispensable explorar el estado de la cavidad, para darse cuenta de la posibilidad de hacer volver á ella la cabeza del fémur, resolvimos hacer una incision exploradora que permitiera fácil acceso á la superficie articular, disponiéndonos préviamente á practicar la operacion que fuese conveniente para cambiar la actitud del miembro.

Meditando cuál seria el más fácil camino para llegar á la cavidad cotiloidea, encontramos, desde luego, que ésta es más accesible por la parte postero-interna y superior del muslo, desechando completamente la idea de alcanzarla por el espacio ileo-trocanteriano, que ha sido aconsejado por todos los prácticos. Para convencerse de esta verdad, basta recordar que por el lugar que preferimos, solo se necesita, para alcanzar la cavidad cotiloidea, dividir la piel, el tejido celular subcutáneo, la aponeurosis femoral en la línea correspondiente á la rama ascendente del isquion casi en toda su extension, partiendo de la tuberosidad isquiática, reconocido el borde saliente de la línea mencionada se alcanza la insercion de todo el músculo gran aductor, se despega ésta con el desprendetendones y se cae naturalmente en el agujero oval que se encuentra inmediatamente abajo y adelante de la articulacion coxofemoral muy fácil de reconocer; recorriendo este camino solo se encuentra la arteria obturadora y el nervio del mismo nombre, fáciles de evitar. Es tan fácil y natural el acceso á la articulacion, y tan poco importante el traumatismo que se produce, así como tan ventajoso el escurrimiento natural de líquidos que de esa herida pudieran venir, que ocurre preguntar ¿por qué no se ha pensado en tanto tiempo en ese camino, prefiriendo el que encontramos aconsejado por todos los prácticos? La respuesta que nos hemos dado á la pregunta anterior ha sido naturalmente esta: No se ha estudiado convenientemente por los cirujanos el modo de perfeccionar los procedimientos empleados para la reseccion coxofemoral, conformándose con el descrito clásicamente. Pero como en nuestro caso existia el propósito deliberado de conocer hasta qué grado se habia modificado la cavidad cotiloidea y qué modificaciones se habian producido en la cabeza femoral, para de ahí deducir la manera de intervenir en beneficio de nuestra enferma, haciéndole el menor daño posible, decidimos seguir el camino descrito rodeándonos de las condiciones que reclama la asepsia quirúrgica, para evitar las consecuencias del traumatismo.

Con efecto, auxiliados de nuestros estimados compañeros los Sres. Andrade, Septien, Herrera y Bandera, y prévia la cloroformizacion de la enferma, procedimos á practicar la operacion conforme al programa descrito; con la mayor facilidad alcanzamos la articulacion en su segmento inferior é interno, notando desde luego que aquella se habia modificado suficientemente para pensar siquiera en utilizarla para la reduccion; en el acto y como consecuencia necesaria de esta exploracion, comprobamos la situacion de la cabeza femoral que se encontró precisamente en la gran escotadura sciática, de tal manera sujeta á ella, que estaba casi soldada. No siendo posible ni conveniente romper las adherencias de la nueva pseudo-artrorsis, resolvimos en el acto intentar la osteotomía del cuello anatómico del fémur, de preferencia á la osteoclasia que juzgábamos ménos practicable y de más graves consecuencias. No teniendo á la mano los esteotomos de Macceven, resolvimos utilizar un cincel estrecho y convenientemente acerado, y el martillo que guiado por el dedo índice, permitió sentir la porcion extra articular del hueso sobre la que se practicó la seccion casi perfectamente neta. Inmediatamente se hizo posible cambiar la actitud del miembro, que fué traido á la extension y actitud normales. Esta operacion ha sido practicada sin pérdida de sangre.

Una vez reducida la mala posicion del miembro, se procedió á la curacion cuidadosamente aséptica, cuidando de canalizar convenientemente la herida con un tubo de hueso decalsificado. Se colocó despues á la enferma en la cama de Bonet, convenientemente apropiada.

Las consecuencias de la operacion han sido de las más felices. Ni un solo momento se observaron los accidentes traumáticos de las heridas, y la consolidacion huesosa en sus nuevas relaciones, se hizo del modo más

satisfactorio. Tres meses despues, la enferma comenzaba á utilizar su miembro, al principio con muletas, despues con un ligero baston y últimamente se sirve del miembro operado casi como del miembro sano, quedándole solo una ligera claudicacion.

A consideraciones muy importantes se presta este interesante hecho clínico; pero reservándonos para hacerlo en otra ocasion, solo queremos por hoy hacer conocer las ventajas de la osteotomía lineal, utilizando el camino que da seguro acceso á la articulacion coxofemoral, y que es más conforme con los preceptos clásicos de la cirujía. Pero á este propósito deseamos llamar vivamente la atencion de los cirujanos sobre el nuevo procedimiento que hemos seguido, y que señalamos á su consideracion para la práctica de la reseccion de la articulacion coxofemoral. Incuestionablemente se alcanza la articulacion por este camino con ménos inconvenientes; se la abre y se luxa la cabeza femoral, poniéndola á descubierto para poderla seccionar donde convenga, quedando la cavidad cotiloidea al alcance de la mano, para hacer en cada caso la raspa, la abracion, ó lo que su estado reclame; por último, dejándose la herida en condiciones notoriamente favorables para el fácil escurrimiento de los líquidos.

Entendemos que la modificacion propuesta en la cirujía de esa articulacion, está llamada á hacer servicios de gran importancia.

Dr. Rafael Lavista.

BREVE NOTA
SOBRE
UN CASO DE NEURITIS OPTICA DOBLE,
Y SU TRATAMIENTO
POR LAS INYECCIONES DE SIANURO DOBLE DE ORO Y DE POTASIO.

Es un hecho perfectamente conocido por todos aquellos que se dedican más ó ménos al estudio de la oftalmología, que el pronóstico de la neuritis óptica, es uno de los más graves que pueden formularse sobre las afecciones oculares, pues casi siempre la ceguera completa y definitiva, es el término fatal de aquella terrible enfermedad. Los oculistas todos están de acuerdo en este punto, y yo me he convencido de tan triste verdad, pues soy consultado con frecuencia por enfermos que, á consecuencia de la inflamacion antigua del nervio del segundo par, se presentan en mi estudio, con la atrofia completa de la papila, y sin ninguna percepcion luminosa. En México, como en Francia, he visto numerosos casos desgraciados que han tenido tan funesta terminacion, y esto me ha decidido á emplear en los casos que pueda tratar desde sus principios, el tratamiento más enérgico posible, á fin de salvar lo más que se pueda de una funcion tan importante como la vision. Durante mi permanencia en la clínica oftalmológica del sabio Dr. Galezouski, en Paris, pude notar en unos cuantos casos la benéfica influencia del método que despues referiré y que en el caso que voy á narrar, me dió un resultado enteramente satisfactorio. Plenamente convencido de que el médico que quiera hacerse digno de este nombre, tiene la estricta obligacion de dar á conocer los medios que hayan producido un efecto feliz en el tratamiento de ciertas afecciones rebeldes, creo muy conveniente no dejar desapercibido un hecho, que puede ser de alguna utilidad.

Se trata de la Sra. Fanny S. de Higuera cuyo nombre cito, por tener la autorizacion de su familia; nació esta señora en Ciudad Victoria (Estado de Tamaulipas) cuenta 23 años de edad, y contrajo matrimonio en Enero de 1885, teniendo su primer hijo en Octubre del mismo año, y sin que presentase el parto ninguna circunstancia digna de mencionarse. Su segundo alumbramiento, tuvo lugar en Marzo de 1887, y fué seguido de una série de accidentes, que dieron orígen á su afeccion ocular. Me refiere la enferma que al dia siguiente del parto, fué atacada de una enfermedad que no puede precisar, pero recuerda que hubo entre otros fenómenos calentura muy alta, convulsiones, cefalalgía intensísima, estrabismo convergente y fotofobia; que pasados algunos dias, cuando pudo tener conciencia perfecta de sí misma, comenzó á notar ciertas perturbaciones que la alarmaron demasiado, pues la agudez visual disminuyó notablemente, primero en el ojo izquierdo y luego en el derecho, lo que la determinó á consultar al Sr. Dr. D. Ricardo Vértiz, quien la asistió con su eficacia é inteligencia bien conocidas, durante algun tiempo, recomen-

dándome que continuara tratando á la enferma, pues en este tiempo tuvo que emprender un viaje á Europa, el ya citado oftalmologista. Me hice cargo de la paciente á principios de Junio, y el primer exámen que practiqué, me convenció de la exactitud del diagnóstico formulado por el Sr. Vértiz, quien creyó que se trataba de una neuritis óptica, dando con razon á la familia un pronóstico muy grave, y comunicándome á mí mismo sus inquietudes sobre el caso, poco ántes de partir, pues temia, lo mismo que yo, que á su regreso de Europa, la enferma hubiera perdido por completo la vision.

Cuando ví por primera vez á la enferma en mi consultorio, me dió los datos que ya dejo mencionados, y el exámen directo me enseñó, que la agudez visual medida con la escala tipográfica de Monoyer, solo era $^1/_{10}$ de la normal para el ojo izquierdo, y $^2/_{10}$ para el derecho; que examinando la vision de cerca, difícilmente leia la paciente los caractéres grandes de las escalas portátiles de Galezouski; que habia una dicromatopsía manifiesta, pues apénas reconocia el amarillo, casi nada el azul, y veia los otros colores con un tinte gris uniforme; no podia conducirse sino con dificultad, no atreviéndose á salir sola á la calle, por temor de tropezar. El oftalmoscopio me reveló lo que el distinguido Dr. Vértiz habia encontrado ya: una neuritis óptica doble en vía de atrofia, más avanzada en el lado izquierdo; los contornos de la papila eran difusos, turbios, irregulares; su color de un gris ceniciento, apénas rosado, las arterias delgadas, las venas gruesas y tortuosas; aún se veian restos de exudados, y las pupilas estaban ligeramente dilatadas. Bien se podia creer con estos datos y con el conmemorativo, que una meningitis desarrollada despues del parto, habia dado lugar á una neuritis óptica, lo que varias veces se observa en la práctica, aunque sobre el mecanismo no estén de acuerdo todos los observadores, siendo lo más probable que la flegmasia se propague por las envolturas del nervio óptico, ó que los exudados flegmásicos meningeos compriman dicho nervio. De todos modos, el hecho subsiste, y las neuritis ópticas, como consecuencia de las meningitis, se observan no muy raras veces. La compresion del nervio por los productos inflamatorios, origina como resultado frecuente la atrofia, que en la enferma de que me ocupo, era ya bastante marcada, sobre todo en el lado izquierdo. No queriéndome disimular la gravedad del caso, pero sin perder por esto la fé en la terapéutica, instituí desde luego un tratamiento muy activo, que consistió en fricciones mercuriales sobre las coyunturas, empleando 4 gramos diarios de ungüento mercurial doble, el yoduro de potasio á dósis creciente, revulsiones en las sienes, é inyecciones hipodérmicas de clorhidrato de pilocarpina á dósis diaforética y sialagoga, á cuyo método, empleado con perseverancia por el Sr. Dr. Despagnet, de Paris, le habia visto dar en un caso excelente resultado. No obstante el empeño de la enferma para curarse, y mi constancia para insistir en medios que juzgué poderosos, la afeccion hacia rápidos progresos: pasado un mes, la paciente era conducida de la mano á mi consulta, pues no podia ya guiarse por sí misma; la vision de los colores desapareció por completo; dejó de leer los caractéres más grandes de las escalas tipográficas, y llegó finalmente un dia en que no pudo distinguir la luz de una lámpara colocada á corta distancia; el mercurio se habia absorbido, como lo demostraba la estomatitis que se presentó en esos dias, y que me obligó á suspender el empleo de dicho agente. En tan tristes condiciones, cuando parecia haber desaparecido ya hasta el último rayo de esperanza; cuando la paciente lloraba sin consuelo su desgracia, al parecer irremediable; cuando yo mismo estuve á punto de desesperar viendo lo aflictivo de la situacion, comencé á emplear el *cianuro doble de oro y de potasio* que en casos análogos habia visto emplear con buen éxito al Dr. Galezouski. Temia sériamente que la atrofia papilar llegara á ser completa y por consiguiente incurable; pero aún me mantenia la esperanza de que la pérdida de la vision fuera en gran parte determinada por la compresion ejercida por los exudados sobre los elementos nerviosos, y que la reabsorcion de dichos productos viniera acompañada de la reaparicion de la vista. Procediendo con todo el empeño que exigia la gravedad del caso, y sin abandonar la pilocarpina y el yoduro de potasio, inyecté por primera vez el cianuro doble á la dósis de cinco milígramos, que aumenté progresivamente hasta un centígramo, eligiendo la region dor-

sal cerca del ráquis, y empleando la sal muy diluida, para no determinar fuertes dolores ni escaras. Los resultados fueron más rápidos y favorables de lo que yo esperaba; despues de 4 ó 5 inyecciones, la percepcion luminosa fué siendo más marcada; algunos dias despues, la paciente comenzó á distinguir algunas letras: bien pronto el amarillo y el azul pudieron ser apreciados netamente. Poco á poco el alivio se hizo más marcado, hasta tal punto que la enferma reconocia á las personas en la calle, podia conducirse perfectamente por sí misma y leía gruesos caractéres. Despues de haber practicado diez inyecciones, la enferma pasó á su ciudad natal, con objeto de distraerse algun tiempo y olvidar sus penas; recomendé al Sr. Dr. C. Govea, residente en Ciudad Victoria, se sirviera continuar el tratamiento por las inyecciones, y despues de dos meses, la paciente regresó á México en un estado más satisfactorio que el que guardaba en el momento de su partida.

Hace tres dias tuve oportunidad de examinarla, y pude comprobar lo siguiente: persiste la agudez visual á tal punto, que la enferma puede, sin dificultad, leer los caractéres nº 0,50 de los escalas portátiles de Galezouski, que son los más pequeños; distingue fácilmente los colores fundamentales y solo confunde los tonos intermedios; me dice que apreciando perfectamente las fisonomías, no se forma juicio del color de la piel, lo que indica que subsiste cierto grado de discromatopsía; me asegura que en la calle se conduce sin ninguna dificultad, que sube y baja á los ferrocarriles urbanos por sí sola y que distingue perfectamente á distancia los letreros que indican su direccion; en una palabra, que ha vuelto á la vida comun, y que no sufre ningun trastorno por parte de su vision; el exámen oftalmoscópico revela los vestigios indelebles de la enfermedad que ha sufrido; el fondo del ojo dista mucho de ser normal, pues las papilas, en lugar de su color rosado característico, son de un blanco gris sucio, de contornos ligeramente difusos; las arterias están delgadas, y las venas aún se conservan tortuosas; pero casi nada persiste del exudado inflamatorio. La falta de relacion entre los signos físicos y los trastornos funcionales, es un punto muy notable en la historia de esta enferma; al ver la palidez de las papilas, que son, como he dicho, de un color blanco gris sucio, se pudiera creer que la paciente no ve casi nada, llamando altamente la atencion, que no obstante el aspecto físico de los nervios ópticos, la enferma disfrute de una agudez visual relativamente buena. El contraste es muy marcado entre este caso y otros que yo conozco, en los cuales, con desórdenes físicos en apariencia menores, las perturbaciones funcionales son más profundas. Asisto actualmente á un atáxico, en el cual las papilas aún conservan una coloracion rosada muy pálida, siendo mucho menor la agudez visual. Para aclarar estos hechos á primera vista paradógicos, no me ocurre más explicacion que la siguiente: en el atáxico no es tan solo la atrofia de las fibras nerviosas lo que debilita la vision, sino tambien la compresion de las fibras aún sanas por el tejido inodular que existe entre ellas; en mi enferma ciertas fibras quedaron atrofiadas; pero aún quedan otras sanas, lo que es evidente, puesto que hay vision, cuyas fibras exentas de todo agente compresor, pueden trasmitir la impresion luminosa á los centros visuales; estas fibras serán escasas si se quiere, pero nada se opone á su libre funcionamiento. Este modo de ver me parece tanto más probable, cuanto que en un tiempo, cuando aún existia el exudado flegmásico, la enferma dejó de ver casi por completo, porque en esa época, además de que ciertas fibras se habian atrofiado ya, las otras no podian trasmitir las impresiones, pues aunque exentas de la atrofia, estaban comprimidas. Adóptese ó no mi modo de ver, hago constar un hecho muy interesante, á saber: que no hay siempre una relacion exacta entre los signos oftalmoscópicos y la intensidad de las perturbaciones funcionales, como se desprende claramente de los dos casos que acabo de citar.

La historia clínica que he relatado, me parece interesante en lo que concierne á la terapéutica sobre todo; bien sé que un solo hecho no basta para fundar la excelencia de tal ó cual método curativo, pero sí es suficiente, á no dudarlo, para llamar la atencion de los oculistas, sobre un punto de tal trascendencia, y para animar al estudio de la neuritis óptica y de su tratamiento por los medios indicados. Estas razones me obligan á no dejar sepultado en el olvido el caso que acabo de narrar, deseando vivamente que en otros hechos aná-

logos se obtengan resultados igualmente halagadores, lo que será un gran progreso en el tratamiento de una afeccion tan grave como la neuritis óptica.

México, Febrero 24 de 1888.

DR. JOSE RAMOS.

REVISTA EXTRANJERA.

FISIOLOGIA.

Accion nociva del aire espirado. — Brown Séquard y Arsonval, han presentado una nota cuya conclusion principal es: que existe en el aire confinado un principio volátil, mortífero, que proviene del pulmon y que es mucho más tóxico que el ácido carbónico.

En efecto, inyectando bajo la piel de un conejo el líquido, que proviene de la condensacion de las exhalaciones pulmonares, los Dres. Brown Séquard y Arsonval, han visto producirse los mismos fenómenos tóxicos que habian observado despues de la inyeccion de este mismo líquido en una arteria ó en una vena.

Asimismo han demostrado, que la muerte sobreviene con igual violencia cuando se introduce el veneno bajo la piel, como cuando se inyecta directamente en los vasos sanguíneos. Además, los fenómenos que preceden á la muerte en el caso de inyeccion subcutánea del veneno pulmonar, prueban que el animal se encuentra durante las últimas horas de su vida, en el estado que ha descrito Brown Séquard, bajo el nombre de *Suspension de los cambios entre los tejidos y la sangre.*

El animal muere sin convulsiones, y se nota, examinando las cavidades toráxica y abdominal, que el corazon y los gruesos vasos, principalmente la vena cava, contienen mucha sangre rojiza en vez de encerrar (como en la muerte ordinaria) una cantidad mediana de sangre negruzca en la parte venosa del corazon, y solo huellas de sangre negra dentro del ventrículo izquierdo y las arterias.

Las demás observaciones necroscópicas, demuestran que el veneno pulmonar es uno de los más violentos irritantes de la base encefálica. En fin, Brown Séquard y Arsonval, tratando de dilucidar si la potencia tóxica del líquido pulmonar, disminuye cuando se le somete á una ebullicion prolongada en vaso cerrado, han demostrado: que este líquido, léjos de perder por la ebullicion su poder tóxico, parece más susceptible de producir efectos deletéreos, de lo que infieren que no se debe á los microbios la influencia perniciosa del líquido de condensacion de los vapores pulmonares, sino á la presencia de una sustancia orgánica que proviene de los pulmones.

Otras investigaciones de los mismos autores, prueban que esta sustancia orgánica, es un alcaloide volátil comparable, bajo diferentes aspectos, á las sustancias que Gautier ha estudiado, bajo los nombres de ptomáinas y leucomáinas. (*Revue Scientifique,* Paris, Jan. 21, 88).

Equivalencia de las sensaciones coloridas.— Poco tiempo há se han descrito los curiosos fenómenos de *audicion colorida* y *olfacion colorida;* Mr. Féré señala un hecho de *gustacion colorida* en una comunicacion presentada ante la Sociedad de Biología; y hace notar, además, que en los neurópatas, la vision colorida puede producirse fuera de toda excitacion particular. Estos fenómenos lo han conducido á pensar qne existe cierta equivalencia entre los efectos fisiológicos de las excitaciones sensoriales. Sus investigaciones le han enseñado que la vision roja puede producirse á consecuencia de una excitacion auditiva, olfativa, gustativa, de una viva emocion ó de ciertos estados dinámicos, equivalentes producidos por modificaciones en la circulacion cerebral. Esta especie de equivalencia fisiológica, parece ser un corolario de la equivalencia de las fuerzas que hace ley en física. (*Gazette Medical,* Jan. 14. 88).

FISIOLOGIA PATOLOGICA.

Efectos de la faradisacion del pneumo-gástrico derecho sobre la secrecion urinaria.—M. M. Arthaud y Butte, han demostrado que las neuritis del nervio vago, producen ciertas modificaciones en la secrecion urinaria y en particular la *albuminuria.* Pero siendo necesario recurrir á la patología experimental para producir estas neuritis, los autores mencionados han verificado experiencias análogas, empleando únicamente los métodos de la fisiología pura.

Con este objeto, han excitado sucesivamente, por medio de corrientes inducidas gradualmente crecientes, ya el pneumo-gástrico, ya su extremidad periférica seccionada. Para medir la cantidad de orina eliminada, han comparado las longitudes recorridas por la orina durante un mismo espacio de tiempo, en un largo tubo capilar horizontal adaptado al ureter derecho.

Hé aquí los resultados de dos experiencias que han hecho sobre perros:

En estado normal, la orina recorre una longitud de tubo igual á cuatro centímetros, ó cuatro centímetros y medio en cinco minutos.

Durante la excitacion del nervio vago derecho, por medio de una corriente un poco sensible en la lengua (distancia de las bobinas: 15) la secrecion disminuye; con una corriente un poco más fuerte, disminuye aún más.

Seccionado el pneumo-gástrico y excitada su ex-

tremidad periférica, una corriente débil no modifica la secrecion; una corriente un poco más fuerte, disminuye mucho la cantidad de orina secretada. Si se excita con la corriente al máximo, se observa un detenimiento casi absoluto de la secrecion urinaria; si la excitacion cesa, la orina reaparece. (*Journal des Sociétés Scientifique*, Paris, Jan. 18, 88).

Demostracion clínica de la naturaleza microbiana del divieso y del ántrax.—Hace ya largo tiempo se sabe que el divieso y el ántrax, afecciones locales en su principio, pueden provocar más tarde, como las enfermedades generales, accidentes graves y aun la muerte, lo que demuestra hasta la evidencia la invasion de todo el organismo. Estos accidentes eran atribuidos ya á la violencia de la inflamacion local, ya á la septicemia ó á la piohemia. En 1880, Mr. Pasteur, descubrió la naruraleza microbiana del divieso y del ántrax, y demostró que estas afecciones estaban caracterizadas anatómica y etiológicamente, por la presencia del mismo microbio que se ha descrito en la mielitís infecciosa. Pero era necesario demostrar la penetracion del microbio en cuestion, en el torrente circulatorio y su detencion en los diferentes puntos del organismo, para hacer comprender cómo la afeccion local se convierte en una enfermedad general. Esta demostracion, que hasta hoy no se habia obtenido directamente, se ha realizado ya por la observacion clínica y los procedimientos del laboratorio, como lo prueban dos hechos comunicados por Mr. Verneuil á la Academia de Medicina. (*Revue Scientifique*, Jan. 21, 88).

PATOLOGIA EXTERNA.

Mal de Pott vertebral.—Inyecciones de éter yodoformado—Curacion.—Por el Dr. Ory.—Desde que el profesor Verneuil ha aconsejado las inyecciones de éter yodoformado para el tratamiento de los abscesos osifluentes (Semana médica; Febrero de 84) varios cirujanos han experimentado este procedimiento.

Reconocido el mal de Pott, por el Dr. Ory, en una enferma que se presentó en su consulta el 6 de Febrero de 87, prescribió: decúbitos dorsal severo sobre un lecho muy duro; tratamiento interno reconstituyente, aceite de hígado de bacalao, jarabe de yoduro de fierro alternativamente con infusion de quina.

Despues de una puncion hecha con el aparato de Dieulafoy que le permitió evacuar 250 gramos de un pus cremoso y bien ligado, inyectó 15 gramos de una solucion etérea de yodoformo, formulado así:

	gram.
Eter sulfúrico	100.00
Yodoformo	5.00

Diez dias despues, el pus no reapareció; pero la bolsa se llenó de coágulos duros.

Aplicacion de puntos de fuego sobre la vértebra enferma.

El 6 de Febrero nueva puncion que permitió evacuar 175 gramos de líquido.

Inyeccion de 20 gramos de la solucion indicada.

Nuevas punciones el 7 de Abril, el 1º de Mayo y el 26 del mismo mes, siempre con inyeccion subsecuente de 15 gramos de solucion etérea. Aplicacion de puntos de fuego cada 15 dias sobre la vértebra enferma.

En esta época, el estado general era satisfactorio, la paciente comia con gran apetito, se sentaba sobre su lecho, sin dolor en la columna vertebral y la presion sobre la vértebra enferma no despertaba dolor. El 7 de Julio, hizo la 7ª puncion evacuando 100 gramos de pus de color oscuro.

El 15 de Julio, la enferma pudo sentarse en un sillon, adonde permaneció muchas horas; el estado general es bueno; pero el líquido se reproduce; por fin, fueron necesarias 2 punciones más; desde la última verificada el 22 de Setiembre, hasta esta fecha, no obstante una vigilancia constante y atenta, el líquido no se ha reproducido.

Esta observacion prueba que las inyecciones de éter yodoformado, pueden ser hechas varias veces sin peligro de gangrena, á condicion de que la cantidad inyectada, sea pequeña con relacion al líquido evacuado.

La lentitud de la curacion parece ser debida á que las punciones fueron hechas en la parte más declive de la bolsa, lo que facilitaba la evacuacion, pero impedia que el éter yodoformado bañase en cantidad suficiente las paredes de la vértebra supurante. (*Journal de Medicine de Paris*, Jan. 88).

Tétanos de marcha crónica.—Mr. Verneuil, comunica á la Academia una observacion de alto interes perteneciente á M. Buisson, titulada: "*Tétanos de marcha crónica sin herida anterior aparente;* pero cuyo punto de partida fué una lesion profunda oculta en la faringe; curacion al cabo de dos meses." Esta observacion, prueba, una vez más, la no espontaneidad del tétanos cuando no se encuentra desde luego la lesion que le ha dado nacimiento.

En efecto, á no haber habido ciertos fenómenos de *expectoracion sanguinolenta* en su presencia, el autor no se hubiera creido con derecho para concluir en la no existencia de una herida, porque ni el enfermo ni los asistentes habian pensado en señalar este detalle, como tampoco la coloracion roja de las inyecciones bóricas al salir de la boca del paciente.

Mr. Verneuil agrega las dos anotaciones siguientes: 1ª, que sin el cuidado minucioso con que ha

examinado M. Buisson á su enfermo y la juiciosa indicacion que ha obtenido por el conocimiento de un fenómeno pasajero, la observacion precedente, léjos de esclarecer la verdad, hubiera servido para mantener el error de la espontaneidad del tétanos. 2ª, que la penetracion del tétanos por la vía gutural no parece ser muy rara, una vez que ha sido señalada ya dos veces en la série de 26 casos de tétanos sedicente espontáneo, que ha publicado recientemente. La proporcion de 3 sobre 27 es un hecho digno de atencion. (*Revue Scientifique*, pág. 88, Jan. 21, 88).

Tratamiento del divieso y del ántrax.—M. Verneuil rechaza toda intervencion quirúrgica en el tratamiento del divieso y el ántrax, recomienda solamente las pulverizaciones repetidas y prolongadas de soluciones bóricas y fenicadas. Este método, absolutamente benigno, le ha dado resultados sorprendentes, pues con él ha hecho abortar rápidamente los diviesos y los ántrax de pequeñas dimensiones. En los casos más graves, detiene la marcha del mal; hace cesar los dolores, la fiebre y los accidentes generales, desinfecta los focos purulentos y gangrenosos; apresura su detersion y favorece la formacion de una bella capa de yemas carnosas. (*Journal des Sociétés Scientifiques*, pág. 19).

PATOLOGIA INTERNA.

Tratamiento de la diarrea de los niños.—Mr. Lesage ha publicado en la *Revista Médica* de Paris, un largo y utilísimo estudio sobre la dispepsia infantil.

Sin duda que la parte más importante de este trabajo, es la que se refiere al tratamiento de la diarrea, por lo cual nos hemos apresurado á trascriblirlo, juzgando que en la eleccion de los artículos que componen esta revista, debemos dar siempre la preferencia á aquellos que revistan un carácter absolutamente práctico.

M. Lesage.—"Cualquiera que sea la naturaleza de la diarrea, producida ó no por la dispepsia infantil, se impone como primera indicacion, la de *someter* al niño á la alimentacion exclusivamente láctea y una dieta relativa de este alimento.

Corresponde el primer lugar en el tratamiento de la diarrea á la Higiene alimenticia; pero no debemos poner en ella todas nuestras esperanzas, porque recibiriamos crueles decepciones. Por sencilla que sea una diarrea, puede producir rápidamente una enteritis coleriforme.

A menudo la sed aumenta (sobre todo cuando es elevado el número de evacuaciones albinas), y entónces debemos calmarla por medio de agua albuminosa y el cocimiento blanco de Sydenham. Si se encuentra atacado el estado general del niño, deben prescribirse pequeñas dósis de alcohol: rhum, cognac de (20 á 40 gramos por dia, segun la edad).

La medicacion de la diarrea, varia segun los casos. Existen tantos métodos terapéuticos como variedades de diarrea. Tal ó cual medicamento que triunfa en una forma de diarrea, fracasa en otro; á pesar de esto, hay cierta tendencia al exclusivismo terapéutico en el tratamiento de la diarrea infantil; quién emplea *siempre* los astringentes, quién los opiados, quién los antisépticos.

Vamos á estudiar rápidamente los diversos métodos de tratamiento que se pueden aplicar á las diarreas.

I. Diarreas agudas llamadas alimenticias ó infecciosas. Deben distinguirse dos casos: 1º, las evacuaciones son amarillosas y poco abundantes, contienen grumos de leche ó alimentos de naturaleza diversa no digeridos. El elemento *diarrea* es poco abundante, los alimentos forman la mayor parte de la evacuacion.

En este caso, está indicado un purgante.

2º El elemento diarréico predomina, y los alimentos no digeridos se encuentran en minoría.

En este caso, las evacuaciones son francamente diarréicas, amarillosas, neutras ó de una acidez ligera.

A menudo son algo fétidas.

El microscopio muestra restos alimenticios, mucho ménos abundantes que en la variedad precedente, elementos microbianos muy abundantes que parecen gozar un cierto papel en la patogenia de la diarrea. Esta variedad verdaderamente infecciosa, es frecuente en estío, y se observa en los niños que están en el período de destete.

Existen dos métodos para el tratamiento de esta diarrea amarilla infecciosa. 1º, practicar desde luego la antisepsia del aparato digestivo. 2º eliminar por medio de un purgante, los elementos infecciosos que contiene el intestino para practicar despues la antisepsia del aparato digestivo, si la diarrea no ha cesado.

Primer caso. *El mejor antiséptico conocido, es el ácido láctico* que se administrará á la dósis de una cucharadita de café cada 15, 30 ó 60 minutos, segun la abundancia de la diarrea; formulando así:

	gram.
Acido láctico............	2 00
Agua dest................	85 00
Jarabe simple............	15 00

Miéntras más frecuentes sean las evacuaciones, debe adminstrarse el ácido láctico más á menudo. La diarrea cesa despues de este tratamiento, pero es necesario continuar administrando una cucharadita

cada tres horas de la solucion de ácido láctico, durante un dia, para evitar la reincidencia.

Henoch, Moncorvo y Cadet de Cassicourt, han administrado en las mismas circunstancias, el ácido clorhídico por medio de la fórmula siguiente:

Agua azucarada........	una cucharada
Láudano de Sydenham...	una gota.
Acido clorhídico diluido..	dos gotas
	para una sola dósis.

Débese renovar la dósis muchas veces al dia segun las indicaciones; pero los *resultados obtenidos*, son muy inferiores á los que se obtienen con el empleo del ácido láctico.

Segundo caso. *Purgantes.* La práctica ha consagrado el uso de tres purgantes.

El aceite de ricino (M M. Cadet de Gassicourt y Blache). Adminístrase diariamente un gramo de aceite de ricino reciente, y cuanto baste de sacaruro de caseina para emulsionar. Recientemente, Légar ha insistido sobre las ventajas del sacaruro de caseina. Segun el método de Blache, se administrará este purgante un solo dia, ó se renovará la misma dósis durante cuatro dias consecutivos.

La magnesia blanca. (M. M. Cadet de Gassicourt y J. Simon). De uno á tres gramos por dia unido á 0,50 centígramos á un gramo (segun la edad) de bicarbonato de sosa en un poco de agua azucarada.

El calomel está hoy universalmente empleado, no obstante la desconfianza que inspiraba á Bouchut, J. Simon, Picot y Espine.

El calomel aventaja al aceite de ricino y á la magnesia, por la circunstancia de reunir á sus propiedades purgantes, su alto poder antiséptico, lo cual tiene mucho valor en la especie.

Esta sustancia obra como purgante, pero no es colagogo. Para convencerse de ello, basta examinar las evacuaciones diarréicas debidas al calomel. Se sabe que presentan una coloracion gris verdosa; pero este color no es debido á la bílis, sino á la formacion de un compuesto hidrargírico: examínense si nó, las evacuaciones producidas por el calomel en la diarrea no biliosa, y se verá que este medicamento no provoca el flujo biliar. En las evacuaciones biliosas, existe esta causa de error. Además, el calomel es un purgante antiséptico: su potencia microbicida es muy fuerte. Para probarlo, basta estudiar las evacuaciones diarréicas, bajo el punto de vista bacteriológico, ántes y despues de la administracion del calomel.

Esta sustancia se administra á la dósis de 15 á 25 centígramos (segun la edad) divididos en dos partes, que se dan al niño con una hora de intervalo, en un poco de agua azucarada. De esta manera, el calomel es purgante; en veinticuatro horas provoca la aparicion de una diarrea especial, llamada *de calomel.*

La coloracion gris verdosa de las evacuaciones que produce el calomel, no es una condicion expresa de la ingestion de este medicamento: en ciertos casos, provoca únicamante una diarrea amarilla sin caractéres especiales; el compuesto hidrárgico no se forma.

Cualquiera que sea el purgante que se haya empleado, el segundo dia será *un dia de espera;* si durante el tercero continúa la diarrea ó hay diminucion manifiesta, se debe recurrir, bien sea á los astringentes y á los opiados que obran sobre el elemento seroso de la diarrea, ó bien practicar la antisepsia del tubo digestivo, por medio del ácido láctico ú otros antisépticos que estudiaremos más adelante.

Este último método es más racional; pero en el estado actual de ciencia, nuestros conocimientos sobre los antisépticos intestinales son muy reducidos, por lo cual no podemos abandonar los astringentes y los opiados que diariamente prestan señalados servicios á la patología de la primera edad.

Estudiemos cada uno de estos dos métodos.

Opiados. El elixir paregórico del Código, recomendado por Cadet de Gassicourt y J. Simon á la dósis de 5 gotas durante la primera edad y 10 durante la segunda, unido ó no al jarabe de crameria (30 gramos). Una cucharadita cada dos horas, media hora ántes de mamar. A este respecto, agregamos que no es conveniente dar jarabes en el momento de mamar, porque éstos provocan ciertas modificaciones en la leche, que pueden ser causa de dispepsia.

El elixir paregórico debe ser preferido al láudano, por ser más manuable y de mejor gusto. Este medicamento es de gran actividad, y puede ser asociado al jarabe de crameria y al ácido láctico.

Astringentes.—El mejor astringente para el tratamiento de las diarreas de la primera edad, es la crameria á la dósis de 0.50 á 1.00 gramo en un julepe de 40 gramos; una cucharadita cada dos horas, media hora ántes de mamar. El subnitrato de bismuto le es muy inferior, por ser un medicamento engañador, que obra, sobre todo, absorbiendo la parte serosa de las evacuaciones y trasformando estas últimas en evacuaciones normales; si se suspende su administracion, la diarrea reaparece.

La carne cruda ha sido empleada por Weiss (de San Petersburgo), quien la prescribia en pequeñas bolas mezcladas con azúcar. Se puede administrar bajo la forma de conserva de Damas (mezcla de polvo de carne, azúcar y conserva de rosas). Esta preparacion es perfectamente soportada por los niños. Bouchut aconseja dar el primer dia 10 gramos, 20 el segundo, 30 el tercero, y en esta progresion has-

ta 100. Despues de la ingestion de la carne cruda, las evacuaciones se convierten en fétidas.

Antisépticos.—La antisepsia intestinal no ha dado hasta hoy los resultados que se esperaban de ella, tal vez á causa de la pequeña cantidad de antiséptico que se puede prescribir sin perjuicio de la salud del niño.

Eliminemos desde luego la resorcina, el timol, el salol, el salinaftol, el benzoato de sosa, el ácido fénico, el iodoformo y el salicilato de bismuto, que no han dado ningun resultado benéfico.

Los únicos antisépticos que han producido felices resultados, siempre inferiores al ácido láctico, son: la naftalina, que está casi siempre impura y que se formula así:

Naftalina pura........ de 0.50 á 1.00
Rhum........................ 10.00
Julepe gomoso................ 50.00

Repartir en las 24 horas en cucharaditas.

La creosota que recomienda Henoch á la dósis de 4 gotas para 90 gramos de jarabe (cucharaditas durante el dia).

El naftol B. que merece una atencion particular, pero que no ha sido, hasta hoy, estudiado convenientemente.

Reasumiendo. En presencia de una diarrea con evacuaciones amarillas y no compuesta esencialmente de materias alimenticias no digeridas (indigestion), lo mejor es practicar la antisepsia del tubo digestivo por medio del ácido láctico, ó bien se debe recurrir á un purgante y se tratará en seguida por los astringentes, los opiados, el ácido láctico ó los otros antisépticos que hemos mencionado.

(Continuará).

En nuestro número siguiente nos ocuparemos del tratamiento de *La lienteria*, de las diarreas reflejas á *frigore* ó denticion, de la diarrea verde biliosa, de la diarrea verde bacilar, y en fin, de los métodos adyuvantes del tratamiento en las diarreas infantiles. —*(Revue de Medicine*, Janvier 88).

HOSPITAL DE LA PIEDAD.

(Clínicas del profesor Jaccoud).

Reumatismo de carácter visceral primitivo.—El reumatismo articular agudo que se presenta con determinaciones viscerales primitivas, es una de las formas más difíciles de tratar, y en las cuales una terapéutica rutinera, podria ofrecer los mayores peligros. El hecho siguiente, relativo á un enfermo atacado de una de esas graves formas de reumatismo, demuestra bien todas las dificultades de este tratamiento.

Este hombre, de edad de 28 años, fué atacado bruscamente de dolores extremadamente vivos en los miembros, con malestar é intensa fiebre. Estos fenómenos aumentaron con rapidez tan grande, que pocas horas despues, fué necesario trasportarlo á su casa en una camilla.

El dia 16 fué llevado al hospital, 48 horas despues de esta brusca invasion. Desde ese momento, además de los dolores vivos que le aquejaban, presentó dispnea, ansiedad, y ofrecia el cuadro de una conmocion profunda del organismo. La temperatura era de 39° 5′ en la mañana y 39° 6′ en la tarde. No habia allí ninguno de los rasgos que caracterizan el reumatismo ordinario. Desde que entró al hospital, se demostró la existencia de una endopericarditis y de una fluxion pleuropulmonar bilateral; habia, además, una cantidad considerable de albumina en la orina.

Era el verdadero tipo del reumatismo de carácter visceral primitivo, puesto que el corazon, los pulmones y los riñones se encontraron afectados desde el principio; los dolores ocupaban en ese momento todas las articulaciones de los miembros; pero lo que acaba de hacer este caso enteramente anormal, era la temperatura de 39° 5′ en la mañana del tercer dia.

No podia tratarse aquí de prevenir las manifestaciones viscerales, puesto que ya estaban constituidas; nuestra tendencia debia ser, pues, el tratar éstas.

Hubiera sido un error grave y una falta considerable, el administrar á este enfermo el salicilato de sosa.

Para este método de tratamiento, existia en él una contraindicacion absoluta en las lesiones de que ya se encontraba afectado. Como primera contraindicacion, encontramos desde luego el estado de su corazon, puesto que es cosa averiguada, que los casos de muerte sobrevenidos á consecuencia de esta medicacion, son aquellos en los cuales este órgano se ha encontrado gravemente enfermo. Por otra parte, la lesion de los riñones se manifestaba por albuminuria abundante, y en fin, la fluxion pleouropulmonar, hacia del salicilato de sosa un medicamento peligroso, porque la medicacion salicilada favorece la congestion pulmonar.

Pero aún habia otro motivo para abstenerse de semejante tratamiento: la accion principal del salicilato de sosa, consiste en hacer desaparecer los dolores articulares y la fluxion; ahora bien, este es el mayor peligro que puede acaecer á un enfermo colocado en estas condiciones, porque la extension de las lesiones viscerales sigue siempre á la desaparicion de los dolores articulares. Bajo todos puntos de vista, es necesario proscribir este medicamento en los casos de este género. Insisto sobre este punto, porque frecuentemente se administra el salicilato de sosa no obstante las contraindicaciones más formales. El peligro inminente está por parte de las vís-

ceras, sobre las cuales esta sustancia no obra, y no por parte de las articulaciones que deben ser respetadas.

Lo que se debe prevenir á todo trance, son los derrames de la pleura y del pericardio, tratando además de abatir la temperatura. La medicacion estibiada llena estas dos indicaciones, y Mr. Jaccoud recurre siempre á ella en casos análogos. Da 0.40 centígramos de tártaro estibiado en una pocion (0.30 centígramos para las mujeres) para tomar una cucharada cada hora, y como debe buscarse sobre todo el efecto evacuante, no se le adiciona ópio. Por ser fatigosa la medicacion, el enfermo debe tomar en la tarde una pocion cordial con alcohol y 4 gramos de extracto de quina.

Tal fué la prescripcion de M. Jaccoud; pero desgraciadamente no se obtuvieron los efectos que produce siempre este tratamiento. En efecto, no hubo ningun abatimiento de la temperatura, no obstante haberse producido los efectos fisiológicos del tártaro estibiado (particularmente las evacuaciones abundantes). El efecto antitérmico de la medicacion estibiada, ha sido observada por M. Jaccoud en 162 casos de reumatismo de carácter visceral, tratados por él.

En estas condiciones la tenacidad de la fiebre es un fenómeno grave; contando con el vigor del enfermo, repitióse la administracion del tártaro á la dósis de 0.30 centígramos solamente, y tampoco esta vez se observó abatimiento de la temperatura, ántes bien el termómetro marcó 39°8'. En este momento se notó un aumento considerable en la extension de la superficie inflamada del pericardio, y M. Jaccoud hizo aplicar un vejigatorio en la region precordial. Temiendo el debilitamiento cardiaco, incorporó en la pocion cordial una infusion de 0.60 centígramos de digital, en 30 gramos de agua. La digital obra sobre el corazon, pero no sobre la temperatura.

Algunos dias despues, se formó un ligero derrame en la cavidad pleural derecha, y temiendo una formacion igual del otro lado, se dió una nueva dósis de tártaro: 0,20 centígramos.

La temperatura cedió algo, el derrame pleural disminuyó, pero surgió un síntoma sumamente inquietante: la desaparicion de los dolores articulares. Efectivamente, se agravó el estado general, el enfermo presentaba una extrema ansiedad ortopnea y un verdadero estado sincopal, que hacia temer una muerte próxima. Este estado fué combatido por ventosas secas, nuevos vejigatorios y alcohol á alta dósis. Sobrevino una mejoría, pero al mismo tiempo reaparecieron los dolores articulares. Se administró el bromhidrato de quinina á la dósis de 1 gr. 50 cent. y los dolores desaparecieron de nuevo. De nuevo tambien apareció el grave estado en que estuvo precedentemente, el cual no se modificó hasta que por la aplicacion de anchos vejigatorios en las rodillas, reaparecieron los dolores articulares.

Despues de diversos incidentes, bajó en fin la temperatura á 38°; el enfermo, muy debilitado, sobre todo, en un estado de enflaquecimiento comparable al que se observa despues de la fiebre tifoidea, pareció entrar en una próxima convalecencia. En este momento, el pronóstico que se mantuvo extremadamente incierto, se hizo favorable por la ausencia de accidentes cerebrales, lo que rectamente puede atribuirse al método de tratamiento.

Este caso es instructivo por más de una razon; primeramente demuestra cuán difícil es establecer un pronóstico preciso para un enfermo que ha llegado al vigésimoprimero dia de reumatismo, y cuya temperatura se mantiene elevada despues del décimosexto. Existen en este caso diferencias muy marcadas del reumatismo vulgar: Principio brusco, hipertermia continua, simultaneidad y extrema precocidad de las lesiones viscerales, excesiva tenacidad de la fiebre, tendencia á la desaparicion precoz de las fluxiones articulares y balanceo ó equivalencia entre estas fluxiones y los accidentes viscerales.

Otra particularidad digna de ser señalada, es la albuminuria considerable del principio, que disminuyó mucho el sexto ó sétimo dia, pero que reapareció despues de la aplicacion de los vejigatorios.

La indicacion de los vejigatorios era formal y debia hacer pasar por alto el inconveniente de agravar la albuminuria. Pero es indispensable saber, que esta albuminuria del reumatismo, no está forzosamente ligada á la existencia de un nefritis. Es sabido que la albumina que se encuentra anormalmente en la orina, no es siempre igual, puesto que unas veces se encuentra abundancia de *serina* y otros de *globulina.* Bajo el punto de vista de la nefritis, solo la serina tiene importancia, miéntras que la globulina no indica ninguna lesion renal. El análisis demostró que la orina del enfermo de que acabamos de hablar, contenia globulina y no serina. Este es un hecho que es preciso no olvidar, y de que ya hemos hecho mencion al hablar de la pneumonía.

Terapéuticamente hablando, este caso enseña cuán erróneo seria creer que solamente hay un tratamiento para el reumatismo Para estas formas graves hay indicaciones sucesivas, pero no únicas. (*Journal de Med. et Chirugie.* de Lúcas Championière, Janvier 1888).

TERAPEUTICA.

Propiedades hemostáticas de la antipirina. — Hoy, que van multiplicándose las observaciones clínicas sobre la accion analgésica de la antipirina, me pa-

rece oportuno llamar la atencion de los médicos, sobre las propiedades hemostáticas de esta sustancia.

Las experiencias sobre animales que he hecho y que se encuentran descritas en el periódico de las Sociedades Científicas (núm. del 18 de Enero de 88, pág. 22), me permiten asegurar que su poder hemostático, es superior al del percloruro de fierro y al de la ergotina.

Por otra parte, el Dr. Cheron asegura haberla usado con éxito en una hemorragia del cuello uterino; Goetz ha utilizado este hemostático en un caso de *púrpura hemorrágica*, en una metrorragia producida por un fibroma uterino, y en fin, Labadie Lagrave ha empleado con éxito la antipirina en el tratamiento de las hemorragias uterinas; Capitan y Bandois se han servido muchas veces de ella para detener hemorragias. Al decir de Caravias, la aplicacion local de la antipirina, facilita la reabsorcion de las equimosis de púrpura.

La experimentacion parece demostrar, que la antipirina obra por constriccion vascular, por retraccion de los tejidos y por accion directa sobre la sangre, es decir, por coagulacion.

Se puede emplear la antipirina en el estado de polvo, en solucion ó bajo forma de pomada. (*Journal de Societés Scientifiques*, pág. 22).

La antipirina en el parto.—M. Gle expone una corta observacion del Dr. E. Leget, en la que afirma que la antipirina atenúa los dolores del parto, sin retardar ni modificar las contracciones. (*Journal des Societés Scientifiques*, pág. 5). (?)

La resorcina como tratamiento del cancroide.—El Dr. Lorenzo Jaja, refiere dos casos de cancroide de la piel, curados por la aplicacion de una pomada de resorcina.

Primer caso.—Diagnóstico: Epitelioma de la piel.

Aplicacion de una pomada formulada así:

Rpe.

	gram.
Resorcina .... } â â	20.00
Vaselina pura .... }	

Aplicada una vez al dia.

Formacion de una película negra, adherente, que se levanta con el bisturí al vigésimo dia. La base de la úlcera conserva cierta dureza, el fondo se encuentra cubierto de granulaciones rojas, bañadas por un líquido seroso, opalino y poco purulento. El autor mitiga la pomada.

	gram.
Vaselina	30.00
Resorcina................	20.00

Nueva película negra, adherente, seca, dura y que cubre toda la lesion. Despues de 25 dias, caida de la escara que es de 3 milímetros de espesor. El hueso quedó desnudo, pero el fondo presenta buen aspecto. Para facilitar el proceso de reparacion, aplica la pomada siguiente:

	gram.
Yodoformo...............	3.00
Vaselina	30.00

Curacion, cicatriz regular, adherente al hueso sin gran deformidad de la cara.

El segundo caso siguió una marcha semejante, terminando tambien por la curacion. (*Journal de Med. et Chirugie de Bruxelles*).

(*The Medical Register*, Jan de 1888).

FORMULARIO.

Tratamiento de la bronquitis catarral crónica de los enfisematosos.

1º Tisana de énula, endulzada con jarabe de capitaria.

2º Porcion de la que deberá tomarse cuatro ó cinco cucharadas al dia:

	gram.
Inf. de dulcamara	100.00
Jarabe de capilaria	40.00
Goma amoniaco .....de 1 á	5.00
Extracto de datura	0.20

3º En la tarde, una fumigacion húmeda, con una infusion de yemas de sabino, y en la mañana una fumigacion seca, con bayas de enebro tostadas.

4º En caso de tos persistente, administrar muchas veces durante el dia, las píldoras de Guéneau de Mussy:

	gram.
Alquitrán purificado.......	1.00
Polvo de Dower	1.50
Polvo de Benjuí ...... c. b.	
h. s. a.....20 píldoras.	

5º Si los quintos de tos persisten, úsese el arseniato de antimonio en gránulos de 0.001 milígramo. (4 en ayunas).

6º Púrguese al enfermo dos ó tres veces por semana, con el electuario siguiente:

	gram.
Maná en lágrimas.	50.00
Magnesia calcinada........	10.00
Flor de azufre lavada.......	10.00
Miel	30.00
r........cucharadas.	

Una ó dos cucharadas en una tasa de té ó de leche caliente. Otra pocion purgante:

	gram.
Folículos de sen	5.00
Sulfato de sosa.............	10.00

Maná en suerte	50.00
Agua hirviente	100.00

Inf. y filtr. para tomar en una ó dos partes.

7º Revulsivos habituales como tintura de yodo, vejigatorios y fricciones hechas con el linimento siguiente:

	gram.
Linimento amoniacal alcanforado	60.00
Esencia de trementina	40.00

(*Journal de Medicine et Chirugie Practique*, Janvier 88).

Tratamiento médico del vaginismo, (Dr. Girard).

1º Bromuro de potasio, 2 gramos al dia.

2º Sulfato de quinina, si reviste carácter intermitente.

3º Fricciones sobre la region dorso lombar, con linimento compuesto de:

	gram.
Aceite de beleño	60.00
Cloroformo	15.00

Cuando el vaginismo es producido por una fisura de la vulva, el autor recomienda añadir al tratamiento anterior, el uso de supositorios formados conforme la fórmula siguiente:

	gram.
Manteca de cacao	2.00
Extracto de crameria	3.00

(*Journal de Medicine* de Paris, Janvier. 88).

Tratamiento del Coriza agudo.—M. M. Moure y Charazac, han traducido el excelente trabajo de las enfermedades de la nariz, del Dr. Morell Makenzie. Extractamos de esta obra ciertas fórmulas de frecuente aplicacion.

Contra el *Coriza agudo*, Morell Makenzie preconiza la preparacion siguiente, que tiene por objeto impedir que el catarro nasal degenere en bronquitis:

Extracto de beleño.. / Polvo de cicuta....	â â 0,20 cent.
Calomel. .... / Polvo de ipeca.....	â â 0,5 cent.

H. S. A 2 píldoras, que deberán tomarse en la tarde. Al dia siguiente el enfermo tomará una solucion de tartrato de sosa é inf. de sen y permanecerá en la cama la mitad del dia.

Para hacer abortar el coriza, el autor aconseja tomar el polvo siguiente, que deberá aspirar con frecuencia por la nariz, pero cuyo uso no debe continuar por más de cuarenta y ocho horas:

Sulfato de morfina	0 gr.	12 cent.
Subnitrato de bismuto	3 gr.	50 ,,

En Alemania, se ha hecho popular el líquido siguiente designado bajo el nombre de "Remedio anticatarral de "Hager Brand."

Acido fénico	5 partes.
Amoniaco líquido	5 ,,
Alcohol	15 ,,
Agua	10 ,,

Póngase en un frasco oscuro con tapon esmerilado. Para servirse de esta preparacion, embébase un pedazo de ouate ó de esponja, que se encierra dentro de un frasco tapado al esmeril. Aspírense con frecuencia las emanaciones que provienen de este frasco. (*Journal de Médicine et chirugie practiques*, Jan. 88).

Un buen diurético.—El diurético ideal, seria aquel que dilatando los vasos del riñon, produjese la contraccion de los demás; tal es el efecto del citrato de cafeina á la dósis de 0,10 á 0,40 centígramos. (*Medical Wordl Philadelphia*, Jan. 88).

HOSPITAL DE LA CARIDAD.

(Clínica de M. Potain).

De los vértigos.—Hemos recibido el juéves próximo pasado, dos enfermos atacados de la misma afeccion, ó mejor dicho, de un síntoma idéntico, *vértigos*, sin ningun fenómeno concomitante, lo que nos obliga á buscar el orígen de estos vértigos.

Sabemos que el vértigo puede mostrarse en una multitud de afecciones, y que á veces es, por decirlo así, el único síntoma de ciertas enfermedades graves; vamos, pues, á ocuparnos de examinar todos los casos en que aparece.

Pero, ántes que todo, preguntémonos: ¿Qué es el vértigo? Una perturbacion cerebral que resulta de la dificultad de conservar las relaciones con el mundo exterior.

De aquí se derivan tres clases de vértigos: 1º El vértigo sensorial; 2º el vértigo mental y 3º el vértigo moral.

Citemos algunos ejemplos: Un bombre en estado de embriaguez ve girar todo en derredor suyo; lucha contra este vértigo y acaba por caer: vértigo alcohólico ó sensorial. Un estudiante apremiado por un sinodal en una cuestion que no conoce ó que conoce mal, se confunde y responde cualquier cosa: vértigo mental. En fin, una mujer apremiada por un galan muy insistente, resiste primero, despues se turba, se enloquece, se abandona y sucumbe: vértigo moral.

Ahora bien; en estos tres casos, el vértigo es un deslumbramiento del espíritu, del sentido interior, que impide el regular funcionamiento de la voluntad.

Pero es tan vasta la cuestion, que por hoy me limitaré á estudiar rápidamente la primera de estas tres clases de vértigos, es decir, el vértigo sensorial.

El vértigo sensorial resulta de una turbacion de nuestros sentidos, que nos hace perder la relacion con el mundo exterior; pero la turbacion á que aludimos no se refiere á todos nuestros sentidos, pues de ellos es necesario eliminar el sentido del gusto y el de la olfacion; pero sí paraliza el sentido cutáneo muscular, el sentido de la vista y el sentido del oido. De cualquiera manera que sea, el vértigo sensorial consiste en fenómenos análogos: en un movimiento giratorio más ó ménos rápido de los objetos alrededor del enfermo, ó bien, en ciertos casos, el enfermo mismo cree girar; algunas veces el movimiento giratorio se convierte en un movimiento ascendente ó descendente. Además, los enfermos pierden el equilibrio, á causa de las falsas indicaciones dadas por la vista ó por el suelo. En otros, al desvanecimiento se une la diplopía, palidez extrema y sudores frios; en este caso puede llegar hasta el síncope.

Las causas del vértigo son de muchas clases: fisiológicas, ausencia de toda sensacion; silencio absoluto ó ruidos confusos, intensos; oscuridad completa; súbita supresion de la sensacion del contacto del suelo (balanceo de los navíos en el mar): monotonía absoluta de las sensaciones, como la vista continua de un papel cubierto de rayas ó de signos equidistantes; la monotonía tambien de los ritmos persistentes; cosquilleos continuos; extrema rapidez de ciertas sensaciones, ruidos agudos; movimientos insólitos de rotacion, como el wals, ó de arriba á abajo, la dificultad de acomodacion del ojo, como cuando se mira al suelo desde un lugar elevado; pero en este último caso el fenómeno es algo más complexo.

Por lo que toca al vértigo patológico, es unas veces sintomático ó simpático, y otras idiopático. El primero es sintomático de alguna afeccion del cerebro, del cerebelo, de la médula, del corazon, de los riñones, de una afeccion congestiva ó isquémica del cerebro; en los casos de anemia, el vértigo se produce cuando el individuo pasa de la posicion horizontal á la vertical; en los casos de plétora, se verifica al contrario, durante el paso de la posicion vertical á la horizontal; en la isquémia cerebral, el vértigo sobreviene despues de un trabajo exagerado de cerebro; otras veces el vértigo marca el principio de la esclerosis en placas.

Las afecciones del cerebelo producen vértigos con mucha frecuencia, éstos son el síntoma más constante, y desde el principio están caracterizados por su excepcional intensidad y duracion.

(Continuará).

CRONICA DE HOSPITALES.

HOSPITAL DE SAN ANDRES.

(Sala de Clínica de 3er. año).

Absceso hepático.—Felipe Olvera, natural de Querétaro, de 36 años de edad, soltero, asegura que, sus padres murieron á consecuencia de una afeccion del *pecho y el pulmon.* El ha sido sano y de buena constitucion y dice no haber padecido jamás de enfermedad alguna. Entró al hospital de San Andrés el dia 21 de Febrero de 1888, y ocupó la cama núm. 15 de la sala de Clínica interna de 3er. año. El dia 22 del mismo mes, en que se hizo el exámen de este enfermo, refirió que habia comenzado á estar enfermo 17 dias ántes, consistiendo su enfermedad en deposiciones abundantes, de color amarillo, sin sangre y acompañadas de pujo, retortijones y dolores en el vientre; tiene, además, falta absoluta de apetito, mal sabor de boca, agrios, sed y vómitos amargos y pituitosos en la mañana al levantarse. Dice haber tenido dolor en el hipocondrio derecho, falta absoluta de sueño y confiesa haber abusado de las bebidas alcohólicas.

Exámen, dia 22. Aumento notable de volúmen del hígado y del vaso, dolor á la presion en todo el abdómen. Nada notable por parte de los otros aparatos. Temperatura, 39° 3′ en la mañana y 38° 5′ en la tarde. Trat.: 1.50 de Clorhid. de quinina.

Dia 23. Persisten todos los síntomas. Temperatura, 38° 7′ en la mañ. y 38° 5′ en la tarde. Trat.: cocimiento blanco bis y 1.00 de clorhid. de quinina. Vejigatorio en la region hepática.

Dia 24. 38° 5′ y 39° 9′.

Dia 25. 38° 4′ en la mañana, no se tomó la temperatura de la tarde; el mismo tratamiento.

Dia 26. A pesar de no percibir fluctuacion, se procedió á buscar el sitio del absceso. A centímetro y medio del borde costal, y á tres centímetros de la línea media, se introdujo la aguja del aspirador que dió salida á cierta cantidad de pus. Guiado por ella, se introdujo un bisturí largo, que dividió las partes blandas en una extension de cinco centímetros. El espesor del tejido hepático dividido fué de 3 centímetros, lo que permitió evacuar de 3 á 400 centímetros cúbicos, de un pus de color amarillo verdoso. Hubo de usarse del termo-cauterio, para detener la pérdida sanguínea de los bordes de la incision. En la mañana del dia de la operacion, 37° 1′; en la tarde, 37° 9′. Cocimiento blanco bis, 2 gramos de clorhid. de quinina.

Dia 27 en la mañana; 37° 0′ y en la tarde, 38° 5′. Píld. extracto tebaico de 0.01 cent., cada 2 ho-

ras cucharadas de vino de quina, y elíxir de coca.

Dia 28 en la m. 37° 2'. El mismo tratamiento. No se levantó el apósito por no encontrarse manchado ni haberse elevado la temperatura.

Dada esta marcha satisfactoria, se espera con fundamento en una curacion definitiva del absceso abierto.

DR. JOSÉ TERRÉS, (Jefe de Clínica).

(Clínica quirúrgica de 4º año.—Prof. Dr. Rafael Lavista).

Dia 18.—*Extirpacion de un quiste del ovario.*

Nicolasa Castellanos, de 71 años de edad: nulípara: reglada á los 13 años: época crítica á los 45: constitucion deteriorada: pulso ateromatoso.

Operador, el Profesor Lavista: ayudantes, Dres. M. Cordero y R. Gonzalez para contener la masa intestinal: J. Martinez del Campo encargado de los instrumentos: L. Chavez, del cloroformo.

Prévias precauciones antisépticas, incision en la línea blanca de 0m.01 abajo del ombligo á 0m.02 arriba del púbis. Division hasta el peritoneo: hemostasis. Dividido esto, aparicion del tumor quístico que ocupaba dos terceras partes de la cavidad abdominal. Puncion y extraccion de más de 3,000 gramos de líquido, de color café oscuro. El tumor vasculado, division de dos adherencias póstero superiores con el gran epiploon, prévia ligadura. Pedículo formado por el ligamento ancho izquierdo. Ligadura de él en dos partes con seda fenicada: ligadura de la arteria útero-ovárica. Hemostasis cuidadosa; aseo del peritoneo. Pedículo perdido: sutura de las paredes, comprendiendo todo su espesor. Curacion Listeriana: Duracion de la operacion, hora y media: Temperatura en la operacion, 37° al principio, 36°6 en ella, 35°8 al terminar. En la noche, 38°6: los dias subsecuentes, 37°6: buen estado hasta el dia 24.

El estudio del tumor, así como la marcha y terminacion del caso, se insertará en los números subsecuentes.

HOSPITAL DE INFANCIA.

(Consulta médico-quirúrgica.)

Luxacion traumática del cubito y del radio hácia atrás, herida y ruptura del ligamento interno de la articulacion del codo derecho, por la troclea humeral desalojada.

La mujer N., de 22 años de edad, sufrió una caida de un sitio elevado, á tres metros de altura, produciéndose en su caida una herida en el codo derecho y perdiendo una cantidad notable de sangre. Fuí llamado el dia 18 del presente, dos horas despues del accidente, encontrándola sentada á medias en su cama, sosteniendo su antebrazo con la mano izquierda y reposando el codo en una pequeña almohada. El antebrazo en la semiflexion y ligera pronacion, formaba con el brazo un ángulo obtuso como de 120°; esta posicion era la única que podia guardar la enferma, pues todo intento de exploracion que tendiese á cambiarla, producia tal dolor, que preferí aplazarla para el dia siguiente, por hacer unas cuantas horas que habia comido y carecer de los recursos más indispensables. Me limité á examinar la herida, que encontré situada en el lado interno de la articulacion vertical, de 6 centímetros de longitud y 4 de latitud, y bordes entreabiertos, sobre todo, el interno; en su fondo distinguí hácia abajo la troclea humeral. El codo muy deformado y aumentado visiblemente en su diámetro antero posterior. La hemorragia se habia contenido.

La deformacion del codo, el descenso de la troclea humeral, y sobre todo, la posicion angular permanente del antebrazo y su pronacion, me hicieron sospechar que se trataba de la luxacion hácia atrás de los huesos del antebrazo, recordando que Hamilton da mucha importancia á este signo, que para ciertos autores es patognomónico.

Por carecer de lo más indispensable para la curacion, me limité á desinfectar la herida con solucion fenicada al 2,50% y conservar la posicion descrita con una canaladura de carton.

Atribuí la hemorragia á la ruptura de algunos vasos articulares, ó quizá á la desgarradura del músculo coracobraquial muy tenso, y cuya insercion inferior debió haber sufrido por el desalojamiento hácia abajo y adentro de la sínfisis inferior del humero.

Dia 19.—*Anestesia y comprobacion de la existencia de luxacion del cubito y radio hácia atrás, y ligero desalojamiento adentro y abajo de la epífisis inferior del humero; diagnóstico muy sencillo, por hacerse á la vista y con el dedo introducido por la herida en la articulacion del codo.*

En el fondo de la herida se veia el nervio mediano, disecado y restirado por la troclea humeral, algunos pequeños coágulos que desprendian mal olor, pero ningun vaso de importancia.

Cerciorado del diagnóstico, procedí á reducir la luxacion por maniobras de extension, contraextension y flexion ligera del antebrazo, coaptando satisfactoriamente las superficies articulares y colocando al mediano en su posicion natural, libertándolo de todo estiramiento; canalicé la articulacion con un tubo grueso de cautchouc que entró por la herida y salió por una pequeña contra-abertura que practiqué en el lado externo; desinfecté escrupulosamente la cavidad articular con solucion de bicloruro de

mercurio al 1 por 1,000; coloqué sobre la herida una curacion antiséptica, y finalmente, mantuve el antebrazo en semiflexion moderada, por medio de una canaladura de carton.—Temperatura, 37°6.

Miércoles 21.—Temperatura, 38°—La enferma se queja de dolores en la herida; ésta presenta buen aspecto y ha desaparecido el mal olor.—Curacion antiséptica.

Viérnes 26.—Aparato amovo-inamovible de yeso, con ventanas, por ser muy dolorosas las curaciones de los dias anteriores, pues era necesario quitar la canaladura.

Siguiendo esta conducta, espero obtener la curacion de la herida articular por anquílosis.

NOTICIAS VARIAS.

Profesorado de la Escuela Nacional de Medicina de México.

Director de la Escuela.—Dr. Manuel Carmona y Valle.

Subdirector.—Dr. Rafael Lavista.

Secretario.—Dr. Manuel Gutierrez.

Pro-secretario.—Dr. Luis E. Ruiz.

Profesor de Anatomía descriptiva.—Porfirio Parra, (interino).

Adjunto.—Dr. Miguel Zúñiga.

Profesor Histología.—Dr. Miguel Cordero, (interino).

Preparador.—Dr. Ignacio Magaña.

Profesor Farmacia. — Farmacéutico Donaciano Morales.

Profesor de Patología interna, 2º y 3er año.—Dr. Maximiliano Galan.

Adjunto.—Dr. José Ramos.

Profesor Fisiología.—Dr. José M. Bandera.

Adjunto.—Dr. Porfirio Parra.

Preparador.—Dr. Eduardo García.

Profesor Patalogía Externa, 2º y 3er año.—Dr. José M. Gama.

Profesor Anatomía Topográfica.—Dr. Francisco de P. Chacon.

Profesor Medicina Operatoria.—Dr. Eduardo Liceaga.

Adjunto.—Dr. Ramon Icaza.

Profesor Terapéutica.—Dr. Manuel Dominguez.

Adjunto.—Dr. Fernando Altamirano.

Profesor Patología General.—Dr. Joaquin Vértiz.

Adjunto.—Dr. Tomás Noriega.

Profesor Medicina Legal.—Dr. Nicolás Ramirez Arellano.

Adjunto.—Dr. Alfonso Ruiz Erdozain.

Profesor Obstetricia.—Dr. Ricardo Vértiz.

Adjunto.—Dr. Manuel Gutierrez.

Profesor Higiene.—Dr. Luis E. Ruiz.

Bacteriología.—Dr. Angel Gaviño, (interino).

CLÍNICAS.

Profesor Clínica Externa en el Hospital de San Pablo.—Dr. Tobías Núñez.

Adjunto.—Dr. Ramon Macías.

Jefe de Clínica.—Dr. Francisco Hurtado.

Profesor Clínica Externa en el Hospital de San Andrés.—Dr. Rafael Lavista.

Jefe de Clínica.—Dr. Regino Gonzalez.

Profesor Clínica Interna en el Hospital de San Andrés.—Dr. Manuel Carmona y Valle.

Jefe de Clínica.—Dr. Ignacio Berruecos.

Profesor Clínica Interna.—Dr. Demetrio Mejía.

Jefe de Clínica.—Dr. José Terrés.

Profesor Clínica de Obstetricia en el Hospital de Maternidad.—Dr. Juan M. Rodriguez.

Adjunto y Jefe de Clínica.—Dr. Ignacio Capetillo.

Profesor Clínica de Oftalmología en el Hospital Valdivielso.—Dr. Ricardo Vértiz, (interino).

Profesor Clínica de Ginecología.—Dr. Nicolás San Juan, (interino).

Profesor Ejercicios prácticos de Anatomía.—Dr. Adrian de Garay, (provisional).

Profesor Ejercicios prácticos de Medicina Operatoria.—Dr. Fernando López.

Profesor Ejercicios prácticos de Medicina Legal. —Dr. Alfonso Ruiz Erdozain.

Profesor Ejercicios prácticos Higiene. —Dr. Gregorio Oribe.

Profesor Farmacia. — Farmacéutico Donaciano Morales.

Adjunto.—Alejandro Uribe.

Profesor Análisis químico.—Farmacéutico Víctor Lucio.

Adjunto.—Farmacéutico Andrés Almaraz.

Preparador.—Tomás Noriega.

Profesor Historia de Drogas.—Farmacéutico Alfonso Herrera.

Adjunto.—Lazo de la Vega.

NOTA.—Nos hemos limitado á dar en este número únicamente las crónicas del Hospital de San Andrés y Consultorio del Hospital de Infancia, por no haber obtenido los datos suficientes para formar las de los otros hospitales; pero contando hoy con un personal de redaccion suficiente, ofrecemos á nuestros lectores que desde el número próximo publicaremos Crónicas de los Hospitales "San Andrés," "Juarez," "Militar," "Maternidad," "Infancia," "Valdivielso," "Jesus," "San Hipólito" y "Hospital Español."

OTRA.— Ponemos á la disposicion del Honorable Cuerpo Médico de la República, la seccion de nuestro periódico que lleva el encabezado de *Remitidos*, por dar publicacion á las observaciones clínicas que se sirvan enviarnos á nuestra Redaccion y Administracion, Calle del Espíritu Santo, bajos del Hotel del Bazar, Librería de Dublan y Compañía, Apartado del Correo, núm. 619.

TIP. DE DUBLAN Y COMP.

VOL. I. México, Marzo 15 de 1888. NUM. 2

REVISTA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO BIMENSUAL DIRIGIDO POR EL DR. JOSE RAMOS.

DIRECCION Y REDACCION:
CALLE DEL ESPIRITU SANTO N. 8,
DESPACHO DE LOS SRES.
E. DUBLAN Y COMP.
Administrador y propietario: Dr. Manuel Barreiro.
Apartado en el Correo núm. 619.

PRECIOS DE SUSCRICION:
EN LA CAPITAL
Por un mes.....................$ 0 50
Por seis meses.................... 2 50
EN LOS ESTADOS
Por un mes.....................$ 0 62
Por seis meses.................... 3 50

PRENSA EXTRANJERA QUE RECIBIMOS PARA LA FORMACION DE LA REVISTA:
"Gaceta Médica de Paris."—"Gaceta de los hospitales civiles y militares de Paris."—"Periódico de las Sociedades Científicas."—"Revista Científica."—"La Naturaleza."—"Gaceta Hebdomadaria."—"Revista de Medicina," de Bouchard, Charcot y Chauvau.—"Anales de las enfermedades de los órganos genito-urinarios."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Lúcas Championière.—"Periódico de Medicina de Paris," de Lutaud.—"Boletin de la Academia de Medicina."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Bruselas.—"El Electricista."—"El Tiempo Médico," de Filadelfia.—"El Registro Médico."—"El Mundo Médico."—"Anales de Ginecología," de Boston.—"La Lanceta," de Lóndres.

SECCION EDITORIAL.

EXTRACTO DE LA LECCION CLÍNICA DE OBSTETRICIA DADA EN LA CASA DA MATERNIDAD CON OCASION DE UN CASO DE ROTURA PERFORANTE DEL ÚTERO Y DE LA PARTE SUPERIOR DE LA VAGINA, DURANTE EL TRABAJO DEL PARTO.—JUÉVES 8 DE MARZO DE 1888.

Datos constantes en la ordenata.—Micaela Rocha, oriunda de México, de 36 años de edad, temeperamento sanguíneo y buena constitucion; lavandera y planchadora, sana de ordinario, ha tenido siete partos anteriores distócicos todos, ménos el tercero. Llegaba al noveno mes del octavo embarazo, se iniciaron los dolores del parto, se rompió la fuente á las ocho de la mañana del 6 de Marzo, y despues de haber sentido un dolor muy agudo de vientre cesaron definitivamente aquellos. Refiere que desde el dia 3, con ocasion de varias emociones morales vivas y prévio un calosfrio muy intenso, dejó de sentir los movimientos del producto, por lo que creyó que éste habia muerto; á las nueve de la noche del citado dia 6 fué conducida á la Casa de Maternidad, en donde el practicante Sr. Zermeño la sometió al reconocimiento debido, del cual deduje lo siguiente: que la parte postero-superior de la vagina y la correlativa del segmento inferior de la matriz ofrecian una abertura longitudinal, prr donde hacia hernia una porcion del intestino delgado, y hácia el lado izquierdo y porcion alta del canal sintió un tumor duro, que al principio lo tomó por la cabeza del feto, pero que debidamente examinado encontró ser el útero retraido; reconociendo el vientre por la palpacion, sintió las desigualdades del producto situado inmediatamente debajo de la pared del vientre, no hallando ni los movimientos propios ni los latidos de su corazon. En vista de esto, y tratando de llenar la indicacion que se ofrecia, prévias las precauciones necesarias, procedió á hacer la extraccion manual del producto introduciendo la mano por la desgarradura llevándose la porcion herniada del intestino. Esta maniobra y la indispensable para extraer al feto se hicieron sin causar á la paciente ninguna molestia: tomados los piés con la mano introducida, y ayudando la maniobra exteriormente con la mano que quedaba fuera, consiguió extraer el tronco, y para realizar la saca de la cabeza, que únicamente restaba, no pudiendo hacer la maniobra correlacionando la pared anterior del cuello con la del canal, como es de precepto, buscó la manera de lograrlo, y hubo de conseguirlo, relacionando los diámetros longitudinales de la cabeza con el trasverso del estrecho superior, lo cual le hizo sospechar que el diámetro antero-posterior del referido estrecho tuviese menores dimensiones que las debidas. Acabando de extraer el producto, se trajo tambien la placenta, que con éste yacía en la cavidad

abdominal. El aspecto de la paciente y los síntomas objetivos y subjetivos, revelaban dos cosas: primera, que habia habido grande hemorragia interna y violenta peritonitis, efectos una y otra de la rotura perforante de la matriz y de la porcion alta de la vagina, acaecida fuera de la casa á las ocho de la mañana de ese mismo dia.

El estado de la paciente á las nueve de la mañana del siguiente, era sumamente alarmante. A pesar de los signos muy marcados de hemorragia interna, daba muestras de la más viva inquietud; su voz era perfectamente clara y fuerte, y sus facultades mentales expeditas. Respondia con presteza á cuantas preguntas se le dirigieron, é hizo una relacion exacta de todo su pasado. Por su boca supimos, que en su último embarazo el vientre estaba colgante al grado de caer sobre sus muslos (vientre en alforja) y que para remediar esta situacion, que le era muy molesta, ideó reponerlo en su lugar por medio de una faja; con cuyo medio disminuyeron sus molestias y pudo dedicarse á sus faenas propias de lavado y planchado. No obstante la entereza de que daba muestras, la faz era hipocrática, y toda la piel, con excepcion de la pared abdominal, estaba yerta y cubierta de sudor frio y pegajoso. La inquietud que se echa de ver no dependia tanto de la sensibilidad del vientre, que no era muy exagerada, cuanto de la excitacion nervíosa de que se hallaba poseida. La cavidad abdominal era voluminosísima y habia timpanismo. La temperatura axilar marcaba 37° y el pulso era pequeñísimo é incontable. Habíasele prescrito desde la víspera, calomel á dósis fraccionada y morfina al interior; y al exterior ungüento doble de mercurio al vientre y vejigas con hielo. Por alimento, leche cada tres horas.

Con vista de este caso, pronuncié ante los alumnos de la clínica, la leccion que en extracto va en seguida:

Las roturas del útero y de la parte intrapélvica de la vagina, durante el trabajo del parto, no son raras, y las motiva ó el trabajo mismo, cual sucedió en el caso que acabais de ver, ó las manos é instrumentos de que los parteros hacen uso para ejecutar el desembarazamiento del órgano gestador.

La dilatacion que la zona polar inferior del útero sufre hácia el fin de la preñez y durante el trabajo; la compresíon de alguna ó algunas de sus partes entre la cabeza del feto y las porciones salientes del cerco oseo llamado estrecho superior; la terrible lucha que á veces se suscita entre la potencia y la resistencia, cuando ésta es superior á la ordinaria, explican la frecuencia de tales roturas. Limítanse éstas, á veces, á las regiones dichas, extiéndense, otras, hasta la zona meridiana y hasta la polar superior, y á ocasiones prolónganse, en fin, á la parte superior de la vagina, cual ha sucedido en el presente caso. La direccion de estas desgarraduras varia tambien: unas veces son longitudinales, otras diagonales y otras mixtas. En cuanto á sus dimensiones, las hay pequeñas y grandes, y en cuanto á su profundidad, ó dividen totalmente los tejidos, ó interesan solo una parte de su espesor. Las que han lugar en el segmento inferior de la matriz, tienen bordes delgados y permanecen entreabiertas, á diferencia de las que se verifican en el cuerpo, cuyos bordes son gruesos y se afrontan cerrándose en virtud de la retractilidad del órgano. Estas diferencias se deben á que el segmento inferior de la matriz ó zona polar inferior tiene ménos espesor y es ménos retractil que las zonas polar superior meridiana. Las roturas inferiores, como ésta, se prestan más al paso de una porcion del intestino, y aunque los vasos uterinos desgarrados son ménos gruesos que los situados en la porcion alta del órgano, la hemorragia es más abundante y persistente, en virtud de la poco retractilidad de los planos musculares que son sitio del desastre.

Las roturas completas ó perforantes tienen más gravedad que las incompletas ó no perforantes, y la razon de esta diferencia es muy fácil de percibir.

Las causas de las roturas se dividen en predisponentes y determinantes. Entre las primeras, hánse señalado los adelgazamientos parciales congénitos ó accidentales, el reblandecimiento inflamatorio, las cicatrices, las úlceras, las lesiones orgánicas, el cáncer, los fibromas intersticiales y los submucosos, la dilatacion exagerada de la matriz debida al embarazo gemelar ó á la hidropesía amniótica, el excesivo desarrollo del producto, la macrocefalia, los abocamientos de tronco, las estrecheces pélvicas, y otras. Por no divagar vuestra atencion, haré punto omiso de la ma-

yor parte de ellas, y de varias especies de distocia capaces de predisponer á romperse á la matriz de la vagina, y me limitaré, solo, á hablaros de las que tienen por punto de partida las estrecheces pélvicas.

Aunque me abstuve de meter la mano dentro del canal, por no ser conveniente introducirla donde otro la haya metido, me temo que esta pélvis esté viciosamente conformada; y este temor parte de dos datos, uno conmemorativo, y otro clínico. Tened presente que esta mujer ha estado embarazada ocho veces, y que de estas (inclusive la última), en seis los partos han sido distócicos, á tal grado, que exceptuando el tercero, todos, inclusive el último, se han verificado con intervencion del arte; siendo de advertir que en el último la intervencion fué posterior á la rotura. Con semejante antecedente, que habeis escuchado todos de boca de la interesada, es de sospecharse que en el canal exista una causa que oponga obstáculo al paso natural del producto por su trayecto. Que este obstáculo no depende del raquitismo, lo demuestra el esqueleto de esta mujer, que no está deformado; y juzgo que tampoco depende de la osteomalicia, porque no existe dato alguno referente á dicha enfermedad, que afecta á las mujeres, se declara y hace avances entre parto y parto. Y puesto que el obstáculo se presentó desde el primero en esta mujer, y subsiste hasta el octavo, el tercero exclusive, abrigo temores de que aquel consista en un vicio pélvico congénito. Elimino las causas qne producen las exostósis, encondromas, osteoteatomas, etc., porque la paciente no acusa ninguna enfermedad antecedente. Esto, por lo que respecta al dato conmemorativo.

En cuanto al dato clínico, tenemos que creer el que nos ha proporcionado el mismo operador, el Sr. Zermeño. Asegura no haberle sido posible, ciñéndose á las reglas, acomodar los diámetros longitudinales de la cabeza del feto conjugándolos con el antero-postero-rior del estrecho, sino con el bi-iliaco ó trasverso; de lo cual deduzco, que el diámetro antero-posterior del estrecho superior no mide los 115^{mm} de estatuto. ¿La estrechez de que se trata puede depender de la mayor saliente del ángulo sacro-vertebral, ó de la retrocesion del cuerpo púbis, ó de una ú otra cosa á la vez? Todo puede ser, y de ello nos dará estrecha cuenta la autopsía que haremos del cadáver de esta infeliz, á quien quedan ya cortos instantes de vida.

Debo haceros notar, que la dilatacion y adelgazamiento del segmento inferior del útero, sobre el cual opera la resultante de los esfuerzos expulsivos, exponen de una manera particular á que se rompa esta parte del órgano, y este peligro es tanto mayor, cuanto más numerosos y pronunciados sean los obstáculos que oponga el canal en los puntos de su trayecto.

Además de esto, la presion que soportan algunas porciones del útero y de la vagina entre la cabeza y las partes salientes de la pélvis, como es natural debilita la vitalidad de las partes cogidas entre una y otras, se adelgazan, se contunden, se inflaman, se reblandecen, y, hasta se mortifican, y en consecuencia, están predispuestas á romperse. Lo propio sucede, no solo cuando la pélvis es estrecha, deforme; cuando el ángulo sacro-vertebral sobresale ó el púbis retrocede, sino aun cuando está bien conformada, siempre que la cabeza se detenga mucho tiempo en la excavacion ó en el estrecho superior. El ángulo sacro-vertebral y el púbis no son los únicos puntos contra los cuales es cogido y aprensado el segmento inferior de la matriz en virtud de la potencia uterina: pueden sobresalir tambien otros cualesquiera del contorno del estrecho, ora por deformacion congénita, ora por deformacion dependiente del raquitismo, de la osteomalacia, de exostósis, osteosarcoma, etc., intrapélvicos.

Durante el trabajo del parto, la accion contractil del útero, por sí sola, ó secundada por los músculos abdominales, causa roturas uterinas ó vaginales. No obstante el papel de *moderador* que desempeña el dolor que acompaña á las contracciones, éstas no dejan de adquirir mayor energía y una violencia extraordinaria, unas veces sin causa apreciable, otras porque lucha contra obstáculos insuperables, otras porque el órgano se ve urgido y azuzado por medios excitantes como el cuernecillo de centeno, el zihuatlpatle, por ejemplo. La accion exagerada de los músculos abdominales, el tetanismo uterino, solo, ó dependiente de la eclampsia, pueden determinar la rotura de la matriz ó de la vagina, conforme muchos hechos lo comprueban. En el pre-

sente caso debemos acusar de preferencia, y con exclusion de los demás de que hemos hecho mencion, á la lucha entablada por la potencia contra un obstáculo insuperable; insuperable por dos razones: primera, por tratarse de un vicio de conformacion; segunda, porque la resultante de la potencia no seguia la direccion del canal. Esto último merece una explicacion.

Entre los datos proporcionados por el conmemorativo, existe uno, y es, que el vientre de esta mujer colgaba como una alforja. En una Memoria que presenté á la Academia de Medicina de México, en Febrero de 1885, me ocupé de demostrar la perniciosa influencia que las inclinaciones de la matriz grávida, con particularidad la preinclinacion y la anteflexion, ejercen en el embarazo y durante el trabajo del parto. Empezaré por daros una idea, aunque suscinta, de aquello en que consiste el *venter-pependulus.* El seno del ángulo que forman el eje de la matriz grávida y el eje pélvico, es proporcional á la inclinacion del órgano, y á su turno, ésta lo es al grado de laxitud de los elementos anatómicos del útero y la pared abdominal. Dicho ángulo puede ser recti ó mixtilíneo. Es lo primero, cuando permanece erguido el útero; es lo segundo, cuando se doblega y encorva hácia adelante. Si es rectilíneo, la desviacion se denomina inclinacion; y si es mixtilíneo, flexion. Si son directas, á la primera se le llama preinclinacion, y anteflexion á la segunda; si se desvian á derecha ó izquierda, latero-inclinacion y latero-flexion derecha é izquierda.

De lo expuesto, colígense los trastornos que esas situaciones originan en el embarazo y en el parto (subordinados uno y otro á ineludibles reglas de mecánica) pensando que, en esto, como en todo, nada puede marchar derechamente ni efectuarse en el debido órden, si algo, si nada más que algo, está fuera del lugar que le corresponde; y si por falta de ese algo dejan de llenarse las condiciones de antemano requeridas; si falta el engrane y la armonía entre los requisitos constituyentes del mecanismo, supuesto que mecánico es lo relativo á la comodidad del feto enclaustrado, y mecánicos son tambien los movimientos acomodativos durante la expulsion del contenido.

En mi Memoria ántes citada formé seccion aparte con los casos de inclinacion, y de venter-pependulus que han determinado la rotura de la matriz y de la vagina, con todos sus desastrosos resultados. El venter pependulus, por el hecho de ocasionar compresion y rozamiento del útero y órganos susyacentes en los meses mayores de la preñez y durante el trabajo del parto (cuando no se cuida de mantener erguido el vientre), causa atricion, inflamacion y hasta gangrena en los sitios en que aquel y éstos hayan resentido los efectos de la violencia de la pujanza de las contracciones uterinas, activadas y prolongadas más de lo que es debido, é impotentes para vencer el obstáculo, sobre todo si el gran músculo hueco es víctima de alguna modificacion de estructura, como está señalado y rigurosamente comprobado por Lehmann en Alemania, y por Murphy en Inglaterra.

Y aunque Mr. Playfaire opine por que esos temores están basados en ideas preconcebidas, más bien que en hechos reales, yo creo que miéntras existan observaciones en contrario, estamos en nuestro pleno derecho para creer y señalar lo que no pugna á la razon y la anatomía patológica confirma, tratándose de las roturas del corazon, de las arterias, de otros músculos huecos, y macizos, y aun de huesos, colocados en tales condiciones. Prueba de ello es un caso ocurrido en Julio de 1883, en esta capital, observado por los Dres. Capetillo, San Juan, y otros tres facultativos más, cuyos nombres no tengo presente; era una plurípara obesa, afectada de venter-pependulus, que sucumbió casi instantáneamente por terrible hemorragia, procedente de una rotura de la matriz degenerada *(degeneracion regresiva).* La anteflexion del útero grávido no corregida durante el embarazo, ni durante el trabajo del parto, hace que se infrinja una regla universal ineludible, en la cual está basado el mecanismo de la salida fisiológica del producto: *ut infanti, et utero, et pelvi, una et eadem sit axis.* Quiere decir, que deben identificarse los ejes del feto, del útero y de la pélvis. Así pues, la situacion del venter-pependulus es tal, que los ejes del útero y del feto, en vez de identificarse con los del canal, siguen una direccion contraria; de lo que resulta un ángulo agudo; si pues la resultante de la poten-

cia natural no sigue la trayectoria del canal de salida, dirigida abajo y adelante, sino precisamente la contraria, hácia arriba y atrás ¿qué tiene de extraño que el feto se abra paso por donde encuentre menor resistencia (sabido es que la hebra se revienta por lo más delgado, y en este caso se hallan el segmento inferior de la matriz, y la porcion intrapélvica de la vagina), y en vez de salir por el canal, se entremeta á la cavidad abdominal por la rotura, y como quien dice, el tiro salga por la culata!

No es de admirar que en esta desdichada no hubiese sucedido esta catástrofe en algunos de los partos distócicos anteriores, porque ella misma acaba de confesarnos que en todos ellos estuvo atendida con oportunidad (y yo agregaré que con habilidad) pues si no hubiera sido así, no habria podido sobrevivir por tanto tiempo. En esta vez, el único socorro que ha podido dársela, aunque oportuno, fué de oportunidad relativa. Si se hizo lo que se hizo, fué porque llegó con el útero roto; que de no haber sido esto, estad seguros de que ántes del parto habriamos corregido la antiflexion terinau levantándole el vientre por un simple vendaje, y durante el trabajo del parto, conservada la venda, habriamos sostenido el tumor con nuestras manos. Puede ser que si hubiera solicitado hospedaje en esta casa ántes de tocar el término de la preñez, con el precioso antecedente de sus partos distócicos, habriamos procurado, calculando las cosas, libertar á ella y á su hijo, con ayuda del parto provocado; única tabla de salvacion en casos de naufragio por estrecheces pélvicas poco exageradas. Vistas las cosas con la debida anticipacion, habriamos tratado de remediar situacion tan congojosa, interviniendo con medios sencillos y eficaces á la vez.

Mas vistas en la deplorable situacion en que vino aquí, quedaba que hacer solo lo único que restaba: sacar al niño por la rotura con todo el miramiento posible, y procurar combatir los efectos causados por el siniestro: la anemia aguda, por hemorragia, y la peritonitis. A este fin tendieron el opio, las preparaciones mercuriales empleadas, y la refrigeracion; dejando á cargo del Párroco, que abriese las puertas del cielo á la alma afligida de aquella mujer, con los socorros de nuestra santa religion.

(Continuará).

DR. JUAN MARIA RODRIGUEZ.

LUXACION
DOBLE CONGENITA DEL CRISTALINO.

Los vicios de conformacion que se presentan en el aparato ocular, suelen ser bastante frecuentes, y sin hablar de la catarata congénita que es comun, yo he podido ver vicios de conformacion demasiado curiosos. Varios casos de coloboma del aparato coroido-íreo, y entre ellos, uno muy notable que aun observo de tiempo en tiempo. Es una mujer que cuenta ahora unos cuarenta años de edad y cuyas córneas tienen apénas seis milímetros de diámetro; las pupilas, de forma semicircular, están situadas en la parte inferior de la córnea, y la coroides falta en casi la totalidad de la mitad inferior del globo ocular.

Un caso de falta completa de íris, se presentó á mi observacion, en el año de 1857, cuando comenzaba mi práctica y cuando apénas se conocia en México el uso del oftalmoscópio. En un niño recien nacido habian creido ver, personas muy competentes, una imperforacion del íris, y se habian propuesto hacer una pupila artificial. Quisieron, sin embargo, que ántes de la operacion examinase yo al niño, y usando del alumbrado oblícuo y despues del oftalmoscópio, pude hacerles ver que en lugar de un íris imperforado, habia una ausencia completa de esta membrana y que todos los medios del ojo conservaban su trasparencia fisiológica. Este niño creció, aprendió á leer y á escribir, y á la edad de 16 á 18 años, los cristalinos empezaron á opacar. Hace 4 ó 5 años lo he perdido de vista, y hasta esa época la opacificacion de uno de los cristalinos, todavía no era completa. En el otro lado, se habia operado la catarata por dicision; sobrevinieron accidentes flegmásicos bastante serios, y no se obtuvo lo reabsorcion de la lente.

Recuerdo tambien haber visto un caso de ausencia completa de globos oculares, existiendo apénas las cavidades orbitarias.

Las luxaciones congénitas del cristalino

las habia visto señaladas en los autores, aunque no descritas con gran detalle, y en 31 años de práctica, no me habia sido dado ver un solo caso. En el mes de Diciembre del año próximo pasado, tuve necesidad de ir á Guadalajara, para operar un cáncer del seno, y entre muchos enfermos que en esa poblacion me consultaron, se presentó un individuo que pertenece á las mejores familias de esa capital, y que tiene de 28 á 30 años de edad. Me refirió que desde niño tuvo grandes trabajos para hacer su educacion primaria, por haber nacido enfermo de los ojos. Me dijo que para poder ver con cierta claridad, necesitaba hacer uso de vidrios convexos muy fuertes; que aun con ellos, su vision no era de lo mejor, pues en ambos ojos se presentaba hácia arriba una sombra oscura que á veces le impedia la vision.

Por desgracia, yo no contaba entónces con ninguno de los instrumentos necesarios para la exploracion ocular, pues que el objeto de mi viaje era otro muy diferente. Llevaba, sin embargo, un oftalmoscópio que me fué de grande utilidad.

A primera vista, los ojos del paciente no presentaban ningun fenómeno que llamara la atencion; la cámara anterior, con sus dimensiones normales, no ofrecia ninguna saliente del íris, ni esta membrana temblaba en los diferentes movimientos oculares; la pupila normal y perfectamente móvil.

Produje la midriasis, por medio de la atropina y procedí al exámen oftalmoscópico, en presencia del Dr. Arias, uno de los médicos más distinguidos de aquella capital. Al enviar la luz al ojo, se presentaba desde luego un espectáculo curiosísimo. El campo pupilar tenia el aspecto de la luna en su cuarto creciente, estando la parte iluminada hácia abajo y los cuernos dirigidos hácia arriba: la mitad inferior del mismo campo pupilar, era sumamente brillante, y en la mitad superior, se veia una coloracion rojo-oscura, muy semejante á la que se ve en la penumbra de la parte no iluminada por el sol. El borde inferior de esta penumbra era evidentemente convexo y cortante, y en él se presentaba un tinte más oscuro.

Examinando con más detencion, se podia notar que por la mitad inferior se veia fácilmente la imágen directa del fondo del ojo, como sucede en los casos de hipermetropía exagerada, ó cuando falta completamente el cristalino. Por la mitad superior se podian ver, aunque con dificultad, algunos de los vasos retinianos.

Con el alumbrado oblícuo, se notaba perfectamente el borde inferior del cristalino, ocupando el diámetro trasverso de la abertura pupilar, y más arriba se veia la cápsula y parte de la lente cristaliniana. En la mitad inferior, el mismo alumbrado oblícuo dejaba ver la ausencia completa del cristalino y la perfecta trasparencia de los medios del ojo.

Los fenómenos eran idénticos en ambos ojos, y una vez convencido de que el cristalino se habia luxado directamente hácia arriba, ó más bien dicho, estaba anormalmente colocado en la mitad superior del campo pupilar, quedaban explicados los fenómenos que el enfermo acusaba. En efecto, los rayos luminosos que penetran á la retina, sufren alguna reflexion total sobre la lente, á causa de su poca oblicuidad, y por otra parte, la difraccion que experimentan sobre el borde de ese órgano, hacen que la imágen retiniana sea muy imperfecta ó casi nula, y de allí la produccion de la sombra oscura que el enfermo dice percibir en la parte superior de su campo visual.

Pero, por otra parte, los rayos de luz que entran por la parte superior, no encuentran otro obstáculo, sino la falta de refraccion de los medios, por falta de cristalino. Por esto es por lo que el enfermo ha usado, casi instintivamente, lentes convexas exageradas. No teniendo phecómetro á mi disposicion, no pude averiguar á punto fijo la graduacion de sus lentes; pero no baja de 9 dióptrias las que usa para ver de léjos, y de 16 á 18, para ver de cerca; ¿cómo se podrá mejorar la situacion de este individuo? dos medios ocurren inmediatamente: 1° la operacion de la catarata, para quitar ese obstáculo que se presenta, en la parte superior del campo visual; 2° la ampliacion de la pupila hácia abajo, con objeto de impedir el cerramiento de la pupila y dejar paso libre á los rayos luminosos para que penetren libremente por la parte inferior en el campo visual. Yo no me resolví por el primer medio, por las razones siguientes: 1ª la operacion de la catarata, aunque poco grave, sobre todo desde que se usa la asepsia

ocular, no deja, sin embargo, de ser mucho más peligrosa que la simple ampliacion pupilar, y no creo que deba, en conciencia, exponerse un ojo á ser perdido, cuando tanto le sirve al paciente en el estado en que hoy se encuentra; 2ª en el caso presente la operacion presenta varias dificultades; porque sin hacer una iridectomía superior, seria difícil atacar la cápsula del cristalino. Por otra parte, faltando resistencia en el segmento inferior del campo pupilar, puesto que ahí falta la lente, muy fácil seria que el humor vítrio se precipitara por ese punto haciendo vascular hácia dentro á la lente cristaliniana, quedando entónces el ojo en condiciones bien comprometidas. Por estas razones, yo no propuse la extraccion de la lente.

La ampliacion de la pupila, hácia abajo, seria una operacion bien sencilla y que mejoraria notablemente la situacion del enfermo.

Dr. Manuel Carmona y Valle.

Endarteritis obliterante progresiva y difusa.—Arterio esclerosis aguda del miembro superior derecho.—Necrobiosis aguda.—Septicemia inicial.—Amputacion rápida del brazo en su tercio superior.—Curacion.

El caso clínico que proponemos á la atencion de los prácticos, ofrece un interes tan vivo y palpitante, y viene á ilustrar tanto la historia patológica de las afecciones arteriales, que no hemos vacilado en hacerla conocer por la utilidad que de su estudio resultará, si reuniendo las análogas, se valorizan los fenómenos que ella presenta y se deducen conclusiones de utilidad científica y práctica.

El dia 3 del presente fuí consultado por el Sr. de A. que se habia hecho conducir violentamente de Yautepec á esta ciudad, con motivo de una grave enfermedad desarrollada ocho dias ántes en su brazo derecho.

Diez dias despues de terminada una pneumonía aguda de forma catarral que invadió el lóbulo medio del pulmon derecho, y ya en convalecencia de esa enfermedad, comenzó á sentir un adormecimiento de la mano derecha, más marcado en la palma de los dedos. Entre éstos se señalaba la molestia especialmente en el anular que muy particularmente habia cambiado de color, haciéndose notablemente pálido. La decoloracion mencionada se observaba en toda la mano, aunque en grado menor, y se acompañaba de pesantez, enfriamiento y pérdida de la sensibilidad tactil con exageracion de la sensibilidad dolorosa. Ninguna reaccion febril ni otra perturbacion en sus funciones generales. Alarmado justamente por aquel cuadro, hizo venir á su médico, que comprendió en el acto la importancia del accidente y procedió á combatir la turbacion circulatoria. Fricciones excitantes con mostaza, álcali y abrigo parecieron modificar la enfermedad, lo bastante para que el enfermo se tranquilizara y pudiera dormir en esa noche. Hacia notar, sin embargo, que la molestia se habia disipado en casi toda la mano, persistiendo en el extremo palmar del anular. A la mañana siguiente, reaparecieron los accidentes acentuándose en la palma de la mano y sobre la region ténar, se hincharon ligeramente estas regiones, volvieron los dolores y ya no fueron bastantes para modificar el padecimiento, ni los medios aplicados la víspera, ni el empleo de mercuriales y opiados.

Aumentó el hinchamiento y apareció el tinte cianótico sustituyendo á la decoloracion sobrevenida al principio de la enfermedad; se acentuaron los dolores que se sentian de preferencia en la palma de la mano, y en el tercio inferior del antebrazo en el trayecto de la arteria radial: comenzó la fiebre bastante ligera para no subir más allá de 38°, el enfermo perdió el sueño y la tranquilidad, y advertido por su médico de la importancia de su padecimiento, se hizo conducir á esta ciudad para ser atendido con mejores recursos

Antes de describir el cuadro que tuve á la vista la noche del 3 del presente, haré una reseña del conmemorativo que pude recoger de enfermo, para ocuparme despues de la lesion

Es el paciente un hombre de 35 años, vigoroso y bien musculado, su fisonomía expresa sufrimientos vivos que apénas le permiten explicarse fácilmente, su atencion se distrae por el dolor y la necesidad de suspender el brazo enfermo que solo puede mantenerlo apoyado sobre almohadas, porque el movimiento, por pequeño que sea, se le hace insoportable. Cuenta que su vida ha sido fatigosa porque trabaja hace muchos años haciendo viajes, que á veces ha hecho á pié, obligado á hacer grandes esfuerzos físicos y sujeto á privaciones de

todo género, durmiendo á veces á campo raso y no alimentándose convenientemente.

Como resultado de este género de vida, cree haber tenido hace diez ó doce años una fiebre grave que pudo clasificarse como tifosa y varias veces, intermitentes contraidas en los climas calientes. Siete años hace que tuvo pneumonía grave en el pulmon izquierdo, de la que curó, quedando, desde esa época, propenso á catarro y con tos casi constante; á pesar de los padecimientos mencionados restableció tan completamente su vigor y fuerzas, que le fué posible continuar sus trabajos rudos con la misma energía y empeño que siempre habia tenido en los tiempos de buena salud. No tuvo jamás la sífilis, ni abusó del alcohol, señalando el vicio del tabaco como el único que le habia dominado. No recuerda haber sufrido reumatismo en ninguna de sus formas, no tiene idea de haber visto en su familia enfermedades semejantes ni de aquellas que podrian relacionarse con la que actualmente sufre. Por último, no entiende cuál puede ser el pretexto para el padecimiento de su miembro superior derecho, del que ántes jamás habia sufrido, encontrándolo tan útil para sus trabajos como el izquierdo y aun tal vez, más vigoroso. He anticipado el aspecto que ofrecia el enfermo, cuyos antecedentes han sido trazados; completaré el cuadro describiendo el que ofrecia su miembro enfermo. Descubierto el brazo, observé desde luego, que se encontraba en pronacion y extension forzadas, y tan torpe que solo podia ejecutar movimientos con el auxilio de la otra mano. Ayudándose podia traerlo á la media supinacion y colocarlo en escuadra sobre el antebrazo. La mano casi inmovilizada, conserva en los extremos digitales, un ligero movimiento de flexion de las falanginas sobre las falanges. El color cianótico que el enfermo me habia mencionado, era marcadísimo en todos los dedos y se desvanecia gradualmente en la mano y antebrazo, hasta desaparecer casi completamente en el tercio superior del antebrazo; siendo mucho más marcado en el dorso que en la palma del miembro.

En la region del puño, en la piel palmar y sobre el dorso de la mano, así como en el tercio superior del antebrazo, casi en el pliegue del codo, se observaban escaras, secas algunas, reblandecidas otras, que el enfermo refería á la aplicacion de sustancias cáusticas ó fuertemente irritantes con las que se le habia querido curar, haciendo notar que las fricciones se le hacian con tal vigor y constancia, que le habian ocasionado los accidentes que nos mostraba en aquel instante; pero sobre el dorso se advertian flictenas gruesas de formacion reciente y manifiestamente hemorrágicas, que con el edema que allí se observaba, hacia entender el orígen de su produccion, y explicaban, además, el que ofrecieran las mencionadas escaras de la cara anterior del antebrazo. En general, y para completar lo relativo á la inspeccion, señalaré el hinchamiento progresivamente decreciente del miembro de su extremo digital hácia su porcion braquial que aun conservaba su aspecto casi normal por el color, forma y proporciones.

Palpando cuidadosamente las regiones enfermas, se notaba desde luego, un enfriamiento extraordinario en los dedos y la mano, notándose á la vez, la falta de consistencia en los tejidos que cubren el dorso, sin modificacion manifiesta de los de la palma, en los que naturalmente la infiltracion era mucho menor; sobre el antebrazo no se modificaba aún la calorificacion, pareciendo más bien aumentada y ascendiendo al pliegue del brazo, se le encontró aún ménos modificado, pudiéndose decir que era normal comparándolo con el brazo sano. Deslizando la mano sobre el miembro se sentia todo el sistema venoso lleno y turgecente, y fijando un poco la atencion se comprobaba este detalle, que habia pasado desapercibido por el cambio sufrido en el color de la piel, efecto de los medicamentos aplicados.

Interrogando la sensibilidad, encontré analgesia completa del extremo cianosado, anestesia incompleta en los mismos puntos, haciendo contraste con la hiperestesia en el antebrazo, especialmente sobre su cara anterior, miéntras que el dorso y todo el brazo casi en estado normal.

No se habia perdido aún la conciencia muscular, pudiendo el enfermo darse cuenta de la actitud en que se le colocaba cualquiera de los dedos de la mano enferma. En ninguno de los puntos que la mortificacion habia comprometido pudo sentirse crepitacion, hacién-

dose ya notar el mal olor propio á la descomposicion pútrida. El exámen del sistema arterial enseñó la más completa supresion de la circulacion en todo el miembro. Para sentir el latido arterial fué necesario alcanzar la terminacion del axilar, casi en el punto en que sale de la region. La radial parecia dolorosa en su porcion inferior, porque encima del puño se despertaban dolores al explorarla; pero éstos no se hacian sentir en el resto de su trayecto. Nada semejante se observaba en la cubital ni aun en su porcion superficial, ni se advertia el endurecimiento propio á la lesion supuesta. La humeral se exploraba muy fácilmente, sintiéndose trasformada en cuerda dura, gruesa y ligeramente sensible; es de notarse que nunca se despertaron dolores vivos en el trayecto de las venas, que solo parecian acusar sufrimientos sobre la radial en el sitio mencionado.

El cuadro de síntomas generales que completan la descripcion, es bien poco importante: fiebre ligera, 38°; respiracion tranquila, 20 por minuto, vías digestivas en estado casi normal; poca sed y apetito regular; orina roja, no escasa y sin sedimentos. En suma, lo importante de combatir en el caso, el cansancio profundo provocado por el dolor intenso de la mano y antebrazo al nivel del puño, que impedia el sueño y aumentaba el debilitamiento del paciente. Para concluir, advertiremos que el exámen cuidadoso del corazon, no permitió advertir la existencia de lesion en el órgano, el cual parecia completamente sano. Tal era el cuadro que encontré la noche del 1° de Marzo que visité al enfermo por vez primera. Las indicaciones que en aquel momento debian llenarse eran claras. Se debia calmar el sufrimiento al enfermo y proporcionarle descanso para evitar el cansancio nervioso que se advertia en su fisonomía. Era indispensable provocar una rápida modificacion de su sistema arterial, ya fuera modificando el padecimiento de los vasos gruesos ó favoreciendo el desarrollo de los pequeños, teniendo, sobre todo, en cuenta la riqueza de irrigacion colateral que tiene el brazo, y por último, se debia impedir á toda costa la infeccion séptica que por aquel momento nos parecia amenazadora, pero que de uno á otro instante podia desenvolverse con sus terribles consecuencias. La forma clínica de la gangrena la hacia muy temible y se debia impedir á toda costa.

Conforme á ese programa, se instituyó un tratamiento tan enérgico como era necesario, con la esperanza de detener los avances del mal y sus terribles consecuencias.

No habian pasado veinticuatro horas cuando los temores de infeccion pútrida se convirtieron en un hecho alarmantísimo. Despues de un calosfrio ligero, sobrevino una fiebre alta, 40°, con postracion profunda y sudacion muy abundante, sin tregua en los dolores ni descanso del enfermo. La fiebre descendió rápidamente, como sucede en la septisemia, sin alcanzar la apirexia. Esta circunstancia nos obligó á tomar una violenta determinacion. Se hizo indispensable evitar la repeticion de la intoxicacion séptica, y para conseguirlo era necesario suprimir el miembro enfermo, amputándolo en un lugar que ofreciera probabilidades de éxito. No era posible pensar en la limitacion. Evidentemente, ántes de conseguirla, la infeccion pútrida se habria desarrollado comprometiendo la vida necesariamente. La forma aguda de la enfermedad y su difusion á todas las arterias del miembro, aseguraba este funesto resultado y no se podia detener la mortificacion ya fuertemente acentuada en la mano enferma. Propuse al enfermo consultar mi propósito, y aceptada que fué la idea, se verificó la consulta, resultando de ella la confirmacion de mi modo de obrar, y se aplazó la operacion para la mañana siguiente. El dia 3 se procedió á la amputacion del brazo, eligiendo el tercio superior por haber encontrado bastante desarrollada la humeral profunda en la altura en que nos proponiamos operar.

Prévia cloroformizacion y asepcia rigurosa, y asistido por los Dres. Chacon F., Regino Gonzalez y Martinez del Campo, se practicó felizmente la amputacion, encontrándose tapada la humeral y desarrollada suficientemente la externa, y algunas musculares. Conviene hacer notar que el trombus de la humeral era *tan reciente*, que se desalojó con cierta facilidad, de modo que se hizo indispensable ligarla para evitar una hemorragia secundaria: oportunamente valorizaremos esta circunstancia que comprueba el diagnóstico formado. Suturada la herida profunda y su-

perficialmente con seda fenicada, salpicado el fondo con yodoformo disuelto en el éter y aplicada la curacion aséptica, se trasportó al enfermo á su cama, notando desde luego, que la temperatura habia sufrido una notable modificacion. Al comenzar la operacion era de 39°; terminada ésta, solo tenia 37°, y esto sin pérdida de sangre ni anestesia prolongada. La operacion se habia practicado en una hora; se notaba, cuando el enfermo despertó, que los dolores habian desaparecido y que sudores abundantes corrian por todo el cuerpo. Se le administró una pocion opiada y ligeramente alcoholizada; alimentos ligeros; desde aquel momento cambió el cuadro; no ha vuelto la fiebre; no hay dolores; ha cesado el adormecimiento de los dedos; buen apetito, sueño regular y la herida en tan buen estado, que el apósito se renovó ocho dias despues, porque estaba flojo. Al descubrir la herida, cicatrizacion por primera intension.

DR. RAFAEL LAVISTA.

(Continuará).

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LAS DEFORMIDADES DE LOS ORGANOS GENITALES.

La Srita. J. P., de 28 años de edad, me consultó dias pasados sobre una enfermedad de los órganos genitales.

Nunca ha menstruado, y de tiempo en tiempo, con intervalos mensuales, siente dolores en las regiones inguinal, sacra y coxigiana.

Hecho el reconocimiento bimanual por la vagina, me encontré un fondo de saco y la falta de útero. Queriendo hacer el reconocimiento más exacto, la reconocí por el recto y por la vagina á la vez; introduje una sonda por la vejiga y el dedo índice de la otra mano por la vagina; y tanto el segundo como el tercer reconocimiento, me dieron el mismo resultado, es decir, la carencia de matriz.

Lo que me llamó fuertemente la atencion fué, que por el reconocimiento habia yo demostrado la existencia de los ovarios de tamaño y forma normales.

La mujer en cuestion, es una mujer bien conformada, hermosa, con las glándulas mamarias bien desarrolladas, la circunferencia pélvica de 93 centímetros, pubis, clítoris y grandes labios normales, vagina con 7 centímetros de longitud.

Ella me confesó que desde muy jóven sintió deseos carnales, y que cuando en esos intervalos mensuales le vienen los dolores, junto con ellos aparece un temblor del abdómen y miembros inferiores, acompañado de un deseo tan irresistible de cohabitacion, que cuando no tiene junto á sí á su amante, se ve imperiosamente obligada á masturbarse para satisfacerlos.

Estrechado por ella á que le dijese francamente la verdad y el tratamiento que debia seguir, le indiqué como único medio para aliviarla, la castracion. ¿Está indicada aquí esta operacion?

En la literatura alemana, que es la que más conozco, no he encontrado más que cinco casos.

DR. R. FUERTES.

REMITIDOS CIENTIFICOS.

LA ANTISEPSIA EN LA OPERACION DE LA CATARATA.

Es opinion general de los oftalmologistas modernos, que uno de los mayores progresos que se hayan realizado en los procedimientos para extraer la catarata, consiste en el empleo riguroso de la antisepsia. Gracias á él, las estadísticas de esta operacion, la más importante de la cirujía ocular, registran gran número de éxitos.

Acordes en esta idea fundamental, los prácticos solo divergen en lo que toca á la eleccion de las sustancias antisépticas, es decir, en los detalles del procedimiento; pero estas divergencias son de interes secundario. Conviene á las personas que se dedican á la cirujía en general, conocer los detalles del método antiséptico, dado el caso que tengan que practicar la extraccion del cristalino opaco.

Describiré sumariamente los apósitos y sustancias empleadas por algunos de los más distinguidos oftalmologistas europeos, segun lo que yo presencié en las clínicas de estos profesores.

Wecker, de Paris, hace fijar la atencion de su auditorio en la importancia de la antisepsia para el buen éxito de la operacion.

"Lo primero que hago cada semana, dice, es cortarme las uñas para evitar que allí se alojen los microbios."

Tanto él como sus ayudantes, se lavan con frecuencia las manos en soluciones antisépticas y á ninguno de los médicos que asisten á la operacion, exceptuando á los que van á tomar parte en ella, les es permitido tocar los instrumentos ó el ojo que se va á operar. El mismo profesor evita tocar la conjuntiva con sus dedos.

Los instrumentos se lavan primero con agua á la temperatura de ebullicion; en seguída se sumergen en alcohol rectificado que, si no es microbicida, quita al ménos la grasa que puede ser vehículo de micróbios. Despues pasan á una solucion de ácido fénico al 2½ por 100, en donde permanecen una hora y de donde son retirados en el momento de la operacion.

La solucion de muriato de cocaina (al 5 por 100) que se usa para anestesiar la parte que se va á operar, se hace aséptica por la adicion de bicloruro de mercurio (2 por 10,000). Se lavan los párpados con una solucion de sublimado al 4 por 10,000, usándose siempre el algodon salicilado en lugar de esponja.

Si han quedado en la cámara anterior mazas corticales que convenga extraer, se lava esta cámara con el lavador especial de Wecker y la siguiente solucion:

Agua destilada hervida. 25 gramos.
Salicilato de eserina.... 125 milígramos.
Acido bórico......... 1 gramo.

Si no existe esta indicacion, bastará instilar una gota de la siguiente solucion de eserina, despues de extraida la catarata:

Salicilato de eserina.... 5 centígramos.
Agua destilada........ 10 gramos.

Aunque Wecker aconseja en sus obras colocar polvo de yodoformo sobre los labios de la incision, nunca ví que lo hiciera, por lo que creo que ha abandonado su uso.

El apósito consiste en una rodela de lint, préviamente embebida de una solucion de ácido bórico.

En el momento de usarla se sumerge en la siguiente solucion:

Agua destilada........ 1,000 gramos.
Acido bórico.......... 40 ,,
Acido salicílico........ 10 ,,

Una vez aplicada sobre el ojo operado se coloca sobre los dos ojos un poco de algodon salicilado, que se fija con una venda de franela.

En lugar de la solucion anterior, usa tambien esta otra:

Glicerina............ 24 gramos.
Agua destilada....... 6 ,,
Acido bórico......... 15 centígramos.

La eserina aleja el borde pupilar de la incision corneana y tiende á evitar el prolopsus del íris.

Panas, profesor de la Facultad, en su clínica del Hotel Dieu, no es ménos riguroso en lo que se refiere á la antisepsia.

Todos los vehículos medicamentosos los hace asépticos por medio de sustancias que tengan esta propiedad.

Para ejecutar la extraccion de la catarata, venda el ojo sano con una venda negra provista de una hebilla. Limpia muy bien las pestañas, lava la cámara anterior con una jeringa especial, sirviéndose de una solucion de deuto-yoduro, de mercurio en agua (5 centígramos para 1,000 gramos) á la que añade 20 gramos de alcohol.

Concluida la operacion, coloca sobre el borde palpebral una pomada de sal de eserina al 1 por 100.

En seguida coloca sobre el ojo una tira oblonga de lienzo con la misma pomada y asegura el apósito con una venda.

El profesor Panas prefiere el sulfato de eserina al salicilato, porque no considera esta última sustancia dotada de poder antiséptico, y sí tiene el inconveniente de ejercer una accion irritante. Wecker prefiere el salicilato. Creo que ambas sustancias son útiles.

En la clínica del profesor Fuchs, de Viene, se usa el yodoformo sobre los labios de la incision; sobre el ojo se pone gasa yodoformada, algodon y una venda.

En el Hospital Moorfield, de Lóndres, se emplea igualmente en las operaciones el yodoformo, gasa antiséptica azul y la solucion de bicloruro de mercurio.

Aunque visité algunas clínicas de estas capitales, no tuve en ellas oportunidad de ver ejecutar la operacion de la catarata, por cuyo motivo no puedo decir qué sustancias se emplean para la curacion de los operados. Con lo que llevo dicho, se confirma lo que al principio asenté: que conformes todos los oculistas en la necesidad de aplicar en todo su rigor el método antiséptico en la operacion de la catarata, solamente difieren en la eleccion de las sustancias que emplean.

En la práctica se preferirán aquellas que, sin ser nocivas, destruyan más fácilmente los micro-organismos patógenos; pero cuídese de procurárselas al estado de pureza.

Yo, por mi parte, empleo siempre, en la extraccion de la catarata, el procedimiento de Wecker, siguiéndolo en todos sus detalles.

DR. AGUSTIN CHACON.

REVISTA EXTRANJERA.

FISIOLOGIA.

La respiracion en los epilépticos.—Mr. Féré ha hecho numerosos estudios sobre las modificaciones que presenta la respiracion de los epilépticos en el intervalo de los ataques; sus trazos pneumográficos, muestran que la espiracion difiere mucho de la del hombre sano: es como entrecortada, espasmódica. Existe, pues, en los epilépticos un estado espasmódico permanente de ciertos músculos. *(Gazethe hebdomadaire de medicine et de chirurgie).* Fevrier 17—88.

La electricidad del cuerpo humano.—Con frecuencia se oye hablar de individuos que bajo influencias más ó ménos conocidas se cargan de electricidad, hasta el grado de desprender chispas ó de operar fenómenos de atraccion ó repulsion sobre los cuerpos vecinos. Sin embargo, es preciso confesar que estas observaciones, ó mejor dicho, estos relatos, siempre han sido acogidos con desconfianza, y que generalmente solo se les da crédito cuando se refieren á los gatos, animales que se cargan fácilmente de electricidad en ciertas circunstancias y en particular bajo la influencia del frotamiento.

Pero todos los animales cuya piel es seca, gozan de la misma propiedad, y parece incontestable que existen personas que presentan en débil grado el mismo fenómeno en los tiempos secos y frios. Se ve entónces desprenderse de sus cabellos chispas acompañadas de un ruido seco característico.

Relativamente á este último caso, Mr. Féré acaba de presentar ante la "Sociedad de Biología" una observacion que no deja duda alguna sobre la realidad de la electrizacion espontánea de alta tension del cuerpo humano.

Se trata de una mujer de 32 años, histérica, que pertenece á una familia nevropática. Desde la edad de 14 años se habia apercibido de que su cabellera crepitaba de una manera más ó ménos intensa y despedia chispas muy visibles en la oscuridad. Este fenómeno aumentó más tarde; pero sobre todo, desde 1882, su existencia se manifestó con mayor intensidad y ha llegado á ser casi permanente, salvo en los tiempos húmedos y para los vientos del Sur.

Ha notado, además, que sus dedos atraen los cuerpos ligeros, tales como fragmentos de papel, cintas, etc. Sus cabellos no solamente desprenden chispas al contacto del peine, sino que presentan una cierta tendencia á erizarse y á separarse los unos de los otros. Cuando sus vestidos se aproximan á la piel, sobre cualquiera parte del cuerpo que sea, se produce una crepitacion luminosa; y despues se adhieren de tal manera al cuerpo, que incomodan sus movimientos.

La tension eléctrica y la intensidad de las descargas aumenta por la influencia de las emociones morales, y uno de los primeros hechos que se notaron es que la crepitacion se exagera por la audicion de ciertos trozos musicales que producen gran excitacion general. La crepitacion se manifiesta sobre todo el cuerpo, espontáneamente, sin la aproximacion de ningun cuerpo extraño y determina una sensacion de picoteo muy desagradable. Los tiempos secos favorecen estos fenómenos eléctricos, que son observados sobre todo en el momento de las heladas; los tiempos húmedos y brumosos producen efectos contrarios, y aun las modificaciones de la tension eléctrica, que es nula para los tiempos de lluvia ó de viento de Sur, previenen algunas veces con muchos dias de anticipacion los cambios de tiempo. A la exageracion de tension corresponde una superactividad muy apreciable, reemplazada por una sensacion de lasitud é impotencia cuando la tension disminuye. Mr. Féré ha podido comprobar por medio de un simple electrómetro de bola de sauco, que la carga exagerada por el frotamiento, ha sido siempre positiva.

Es un hecho digno de mencionarse que el hijo de esta señora, de edad de 11 años, acusa fenómenos histéricos muy marcados y presenta la crepitacion luminosa ya observada en su madre.

Por medio de un higrómetro especial, Mr. Arsonval y Féré han podido asegurarse de que tanto en la madre como en el hijo, existe una sequedad anormal de la piel, mucho más marcada en la madre, y predominando en los dos del lado izquierdo.

Por otra parte, el electrómetro demuestra que sin ningun frotamiento, la Sra. X. produce una ligera desviacion á la derecha, desviacion más grande cuando es la mano izquierda la que se encuentra en contacto con el aparato (75 á 100 volts).

El jóven es inactivo en estas condiciones, pero despues de algunos frotamientos produce una desviacion considerable, siempre hácia á la derecha.

Cuando se les aisla sobre un taburete de piés de cristal y se les pone en contacto con el electrómetro, el frotamiento repetido de los cabellos puede determinar una descarga, y produce una desviacion tan considerable, que el índice sobrepasa los límites de la escala. En fin, bajo la influencia de excitaciones periféricas, la Sra. X. produce una desviacion de 125, cuando se le hace mirar á través de un vidrio azul ó aspirar emanaciones de éter.

Mr. Féré piensa que si estos fenómenos tienen como condicion física el estado de sequedad de la piel que se opone al desperdicio constante de electricidad á medida que ésta se produce, sería ésta una

prueba de la produccion de electricidad en el organismo. En el caso actual, la hipótesis se encuentra corroborada por la influencia de las emociones y de las excitaciones periféricas sobre el desprendimiento de electricidad. La sequedad de la piel seria consecutiva á un estado nervioso patológico.

De cualquiera manera que sea, la existencia de estos fenómenos eléctricos es un hecho verificado, y Mr. Féré piensa que puede dar la clave de los fenómenos de polarizacion, sensibilidad electiva, y de ciertas acciones á distancia.

Desde hoy, su observacion, hecha rigurosamente con el auxilio de instrumentos que lo ponen al abrigo de toda ilusion, le basta para establecer la sinceridad de la mayor parte de las observaciones anteriores del mismo género.—*(Revue Scient*, le 4 Février).

PATOLOGIA EXTERNA.

TRATAMIENTO DE LOS ANEURISMAS.—Lúcas Championière rechaza completamente la compresion digital directa ó indirecta en el tratamiento de aneurismas, lamentando la preferencia de que goza este procedimiento, por la apariencia de benignidad que se atribuye á toda intervencion en que el cirujano no hace uso de arma cortante.

En efecto, dice, la compresion es en general difícil de soportar, en muchos casos es inaplicable, casi siempre dolorosa y en las grandes arterias dista mucho de ser inocente.

Sustituye á este método el de la ligadura antiséptica arriba y abajo de la bolsa, y presenta numerosos casos de curacion por este procedimiento.

Para ligar la arteria, hace uso del catgut no preparado por el ácido crómico y la glicerina, rechaza el tendon suspensor de la cola del Kanguroo y los tendones de ballena recomendados por el Dr. Iskigouro, médico japonés.

Despues de practicada la ligadura, pasando dos hilos en vez de uno, Lúcas Championière se abstiene de cortar la arteria entre las dos ligaduras, como lo hace Walsham, y si la herida es profunda, canaliza para evitar la tension, y por consecuencia las probabilidades de una complicacion inflamatoria. En seguida inmoviliza un poco el miembro colocándolo entre sacos de arena é insiste sobre todo en mantener caliente el miembro cuya arteria principal se ha obliterado.

ABSCESOS FRIOS Y FIEBRE PALUSTRE.— Mr. de Saboïa presentó una Memoria sobre una variedad de abscesos frios consecutivos á la fiebre palustre. Cita la observacion de un enfermo que presentó muchos abscesos frios en los brazos, bajo la clavícula y en la region lombar durante la convalecencia de una fiebre intermitente.

Estos abscesos fueron de evolucion rápida y sin reaccion inflamatoria. Se encontraron los bacilus de la fiebre palustre que fueron cultivados.

Mr. Lannelongue hace observar que este caso demuestra, que existen colecciones frias distintas de los *tuberculomas*.

DE LA SCIÁTICA EN LOS VARICOSOS.— Mr. Quenu refiere que en los hospitales y en su clientela, ha encontrado muchas veces la sciática en los varicosos. La nevralgía en estos últimos, tiene los caractéres siguientes: Ascendente, principia por la pierna y se remonta poco á poco hasta el muslo y la nalga. Se produce sobre todo en la *estacion parado* y desaparece por el reposo horizontal y durante la noche. La presion despierta dolor en todos los puntos señalados por Valleix. Mr. Verneuil atribuia este dolor á la compresion de los nervios por las venas varicosas; pero á menudo las venas afectadas están muy léjos de los nervios.

Mr. Quenu cree que consecutivamente á la flebitis de las venas varicosas de los nervios, se desarrolla la periflebitis y despues la neuritis intersticial.

TERAPÉUTICA.—Los varicosos afectados de sciática deben usar medias elásticas prolongadas hasta la íngle.

PATOLOGIA INTERNA.

ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS.—CONVULSIONES INFANTILES.—Mr. Grancher insiste sobre la diferencia de las convulsiones de la primera infancia y las de la segunda. Existen dos grandes clases de convulsiones: 1ª las convulsiones esenciales de orígen reflejo y 2ª las convulsiones sintomáticas. Las primeras pueden ser epileptiformes, el niño es atacado súbitamente y cae arrojando un grito. Existe la faz clónica y despues la faz tónica y el coma, como en la epilepsía, pero puede aparecer únicamente la convulsion tónica. Esta forma ha sido negada, pero sin embargo existe.

Las convulsiones pueden ser solamente clónicas: agitacion incesante, los miembros se doblan y se extienden alternativamente. A veces son parciales, limitadas á un solo miembro ó á un lado de la cara; otras, son internas é interesan el diafragma. Todas estas formas pueden estar mezcladas.

Los fenómenos precursores de las convulsiones no tienen gran valor, pero sin embargo no se les puede despreciar absolutamente. El niño puede morir por asfixia ó pueden desarrollarse en él otros estados patológicos como paresias, perturbaciones de la sensibilidad, etc.

La causa de las convulsiones en los niños es la falta de accion moderadora de los centros nerviosos.

Delante de un niño atacado de convulsiones, si el estado anterior hubiere sido bueno, se pueden

eliminar las convulsiones del principio ó del curso de las afecciones febriles. Es preciso desnudar al niño para examinarlo.

Se debe explorar la boca y asegurarse del estado de la denticion, informarse tambien del estado del tubo digestivo y examinar si existe algo por parte de la nariz ó la oreja.

Si el niño tiene fiebre viva se debe pensar en una pneumonia, ó bronconeumonia ó en una fiebre eruptiva. El pronóstico debe ser reservado.

Para el tratamiento, se debe aparentar que se hace algo y no hacer nada en realidad. Se administrará una pocion calmante y un baño general tibio. A veces es útil una lavativa laxante.

Para los dias siguientes se debe recomendar el régimen lácteo, previendo alguna perturbacion digestiva, el mal de Bright ó la albuminuria pasajera.

Durante la crísis se pueden hacer aspirar algunas gotas de cloroformo, pero sin llegar nunca á la anestesia.

(Revue Général de Clinique et Thérapeutique, Février 16 1888).

TRATAMIENTO DE LA DIARREA DE LOS NIÑOS. *(Continúa).*—II. *Lienteria.*—En el primer período, las evacuaciones son blancas y de consistencia casi normal.

En el segundo, la lienteria degenera en diarrea, las evacuaciones son *blancas* con un tinte verde *cardenillo* (huellas de bílis), neutras. Se notan con frecuencia pequeños accesos de polichoiia de corta duracion que comunican una ligera acidez á las evacuaciones.

Ni los astringentes, ni los opiaceos, ni los ácidos, ni los alcalinos, dan buen resultado. Todos estos medicamentos obran sobre el elemento ceroso, pero de ninguna manera sobre la causa. La lienteria es motivada por la alteracion de las secreciones del pancreas y del hígado. La leche, coagulada por los ácidos del estómago, no se trasforma en peptonas de caseina por la accion del pancreas. La indicacion principal es trasformar la caseina coagulada no absorbible, en peptona de caseina absorbible.

Hasta hoy, el único medicamento que da buenos resultados, es la pancreatina que se administra en pequeñas cantidades, ya sea en el agua ó en la leche. Las dósis exactas, no están bien definidas.

Al atravesar el intestino la leche coagulada sufre cierta fermentacion producida por los microbios intestinales: este fenómeno provoca la diarrea. Así, pues, es lógico administrar de tiempo en tiempo un purgante que elimine estos productos secundarios; pero en este caso, el purgante no tiene mas que una accion pasajera y de ninguna manera obra sobre la causa, que como ya hemos dicho, es la alteracion de las secreciones del pancreas y del hígado.

Sin embargo, ha sucedido algunas veces que un purgante administrado al principio de la lienteria, hace cesar los síntomas morbosos. Pero estos casos son tan raros, que pueden considerarse como excepcionales.

III. *Diarreas reflejas á frigore ó de denticion.*—En estos casos las evacuaciones son serosas, amarillas y no contienen grumos alimenticios.

La indicacion aquí, es hacer cesar rápidamente la diarrea. Los opiaceos, la crameria y el ácido láctico son los mejores medicamentos y deben emplearse dosificados, como lo hemos indicado ya.

Contra los accidentes febriles ó nerviosos de la denticion, son de gran utilidad: la tintura de acónito (dos á cuatro gotas cada cuatro horas) ó la antipirina (20 centígr. al dia en dos papeles).

IV. *Diarrea verde biliosa.* Las evacuaciones tienen un tinte verde de intensidad variable que es proporcional á la cantidad de bílis que contienen; todo está verde é infiltrado por la bílis. Las evacuaciones son ácidas, y esta acidez es tanto más evidente, cuanto que la cantidad de bílis es mayor. Con una gota de ácido nítrico, las evacuaciones toman un tinte más verde, despues violáceo y por último rosado.

La diarrea biliosa es muy frecuente durante el primer mes; en este caso, es apirética, no acompañada de dispepsia y no epidémica.

El microscopio demuestra la ausencia del bacilus de la diarrea verde bacilar.

La indicacion principal es destruir esta polichoiia cuya causa ignoramos.

Si la diarrea verde biliosa es, algunas veces, de corta duracion, esto no sucede en todos los casos: á menudo persiste y provoca la aparicion de lesiones intestinales, que es necesario evitar á todo precio. De tal suerte que: *toda diarrea verde biliosa, debe tratarse oportunamente.*

Aquí, los purgantes son de una dudosa utilidad. La indicacion principal es la administracion de *los alcalinos.* Para obtener un efecto rápido y eficaz es necesario dar 1 gramo de bicarbonato de sosa por kilógramo de peso. Nunca se administrarán más de 5 gramos, porque los alcalinos, á esta dósis, pueden ocasionar dispepsia ó melena.

Este tratamiento produce benéficos y rápidos resultados, las evacuaciones toman un tinte ménos verde, pierden poco á poco su acidez y su aspecto se asemeja al normal.

Pero en tanto que la bílis aparezca en las evacuaciones, la acidez persiste *á pesar de la medicacion alcalina.*

El bicarbonato de sosa será administrado media hora ántes que el niño mame, en papeles que contengan 0.50 centígs. en una poca de leche.

Este tratamiento es el mejor *hasta hoy*, y sin embargo, se ven frecuentes insucesos.

La policholia es difícilmente curable en los niños sifilíticos.

Si despues de dos dias la diarrea no ha cambiado de naturaleza, se debe disminuir la dósis de alcalinos á la mitad, y unir á este medicamento un astringente ó un opiado. Algunas veces sucede que la diarrea cesa cuando despues de dos dias de medicacion alcalina, se insiste sobre el mismo tratamiento, despues de una pausa de un dia.

En lo que se refiere á la administracion del agua de cal, diremos que su utilidad es muy discutible, porque las evacuaciones permanecen ácidas y la bílis subsiste.

Si existe dispepsia ó hay fiebre, están indicados el ácido láctico y el calomel dosificados, como hemos dicho. En este caso se trata de una diarrea infecciosa con manifestaciones hepáticas.

V. *Diarrea verde bacilar.*—Las evacuaciones son verdes, pero el pigmento producido por el bacilus infiltra y colora ménos los gramos de leche; en vez de tener un color verde uniforme que tiñe toda la ropa, están coloridos por islotes; muchos grumos quedan blancos.

En la mayoría de los casos son neutras, pero pueden ser ligeramente ácidas.

Las reacciones biliares no existen, pues el ácido nítrico, en vez de aumentar el tinte verde, lo hace desaparecer trasformándolo en un tinte gris.

El microscopio denuncia al bacilus característico.

Esta diarrea es rara durante el curso del primer mes, frecuentemente acompañada de dispepsia, á menudo epidémica, febril y produce gran conmocion en el organismo.

La indicacion es dar al niño un medicamento no tóxico que destruya el bacilus patógeno.

El ácido láctico es antiséptico para este bacilus, como lo es para el de la diarrea infecciosa. Para evitar repeticiones, enviamos al lector á lo que hemos dicho ya de la diarrea amarilla.

El mismo tratamiento conviene á estas dos variedades, amarilla y verde bacilar. Consecutivamente á la administracion del ácido láctico, segun las reglas expresadas más arriba, la diarrea verde microbiana se cambia en amarilla y cesa despues.

Hay, además, otros medicamentos que impiden el desarrollo del bacilus, tales son el ácido cítrico, el clorhídrico, el calomel, la glicerina y el ácido fénico; pero los resultados obtenidos son muy inferiores á los que da el ácico láctico.

Además, el ácido cítrico provoca dispepsia y el ácido fénico es peligroso en esta edad.

En cuanto á los otros antisépticos, no producen accion benéfica alguna. Los opiados y los astringentes disminuyen la parte serosa de las evacuaciones; pero como no atacan la causa, la diarrea continúa.

A la larga pueden producir cierta accion, como en las diarreas amarillas infecciosas; pero esto es debido á que estos diversos elementos microbianos no encuentran en un medio intestinal más sólido un terreno propicio para su desarrollo.

No estudiemos aquí los diversos métodos de tratamiento de las enteritis coleriformes y del cólera nostras.

Diremos solamente que la base terapeútica es la misma: ácido láctico en dósis tanto más frecuentes cuanto más abundantes sean los vómitos y la diarrea.

VI. *Métodos adyuvantes del tratamiento de la diarrea infantil.—Lavativas.*—¿Cuál es la accion de las lavativas medicamentosas en la primera edad? Actualmente la cuestion está resuelta. Parrot, Cadet de Gassicourt, Dujardin Baumetz, dudan de su eficacia. Sirven de poco, ó por mejor decir, para nada.

Muy diferente es el lavado del intestino por medio de grandes cantidades de líquido.

El objeto de este lavado es hacer la antisepsia (por limpieza) de todo el intestino grueso y aun del intestino delgado. Al decir de Rotsch, basta una presion de 12 centímetros para que el líquido franquee la válvula ileo-cecal.

El lavado del intestino grueso ha sido empleado por Baginsky, Demlow y Monti, y se ejecuta de la manera siguiente: por medio de una sonda esofagiana se inyectan 200 gramos de líquido para ménos de tres kilógramos de peso del niño, y de 600 á 1,000 gramos para más de tres kilógramos, segun la edad.

El agua estará tibia (á 19° centígrados), cargado de cloruro de sodium (5 p. 100), ó de ácido bórico (2 p. 100).

El lavado comenzará á hacerse con poca presion y se aumentará poco á poco. Además de sus propiedades antisépticas, el lavado disminuye inmediatamente los cólicos que parecen existir en todo niño afectado de diarrea.

Si hay sangre en las evacuaciones, se prescribirán lavativas heladas.—*(Revue de Medicine de Bouchard, Charcot et Chauveau).*

HOSPITAL DE LA CARIDAD.

(Clínica de M. Potain.—De los Vértigos).

(Concluye).

Entre las afecciones de la médula que determinan vértigos, M. Girandeau cita en su tésis la ataxia locomotriz, la esclerosis en placas, la atrofía muscu-

lar progresiva; en estas diferentes enfermedades, el vértigo aparece cuando la afeccion toca la region cervical de la médula. Entónces es, por decirlo así, el síntoma exclusivo, se muestra por paroxismos, por intervalos más ó ménos largos (semanas, meses ó aun años). Presenta esta anolagía con el vértigo de Ménière, que se reduce al sentido del espacio, pues los enfermos que se encuentran afectados por él, no se dan cuenta de las distancias y perciben mal el tic tac del reloj.

El vértigo puede ser la primera manifestacion de las afecciones cardiacas, aun cuando la enfermedad haya adquirido ya cierta gravedad (insuficiencia aórtica, estrechamiento é insuficiencia aórtica, esclerosis de la aorta). Las lesiones renales con uremia, traen tambien consigo la apariencia de los vértigos; tal ha sido el caso del enfermo que ocupaba la cama número 15 de la sala de San Lúcas, quien al descender de un sótano muy frio, sintió un enfriamiento súbito, vértigos y pérdida del conocimiento. Desde este momento padece accidentes albuminúricos. Los fenómenos vertiginosos fueron el resultado de una accion refleja que partió del riñon congestionado.

En la gota, el vértigo es bien conocido; muchos gotosos no experimentan otro síntoma, si no es el vértigo.

La sífilis puede dar lugar á vértigos en todos sus períodos, sea en el período secundario al cabo de algunos meses, sea, sobre todo, en la sífilis tardía entre el tercero y décimo año; consiste en una obnubilacion con desvanecimientos, zumbidos de oidos, etc.

En fin, el vértigo puede resultar de algunas intoxicaciones, por el ajenjo, el alcohol, el tabaco, los vapores de carbon, el sulfato de quinina, la belladona, el opio, etc. Uno de nuestros enfermos que ocupa la cama núm. 16, es un jóven que desde su llegada á Paris, ha tomado la costumbre de ingerir alcohol en la mañana, en ayunas; esto le ha traido como consecuencia, vértigos en la mañana, sobre todo al levantarse.

No debo olvidar entre los vértigos sintomáticos, los que se observan en ciertas enfermedades infecciosas como la fiebre tifoidea.

Si pasamos del vértigo sintomático al reflejo, citaremos el vértigo laringeo, consecuencia de los accesos de tos quintosa; pero en este caso es necesario tener en cuenta que la rapidez de los movimientos respiratorios produce cierto grado de anemia cerebral; sin embargo, ciertos accesos ligeros de los causados por una lesion laringea, determinan vértigos muy intensos.

El vértigo gástrico, verdadero reflejo, parte del estómago; es bastante intenso para dar lugar á errores de diagnóstico; desaparece con la causa que le ha dado nacimiento; no lo determina la ingestion de los alimentos, sino que sobreviene durante el curso de la digestion. Sin embargo, en ciertos individuos lo determina el estado de vacuidad del estómago. Existen tambien, en ciertos casos, vértigos que parten del útero, en las mujeres que padecen afecciones del cuello ó metritis.

El oido puede ser el punto de partida de un reflejo vertiginoso, particularmente cuando se lanza con cierta violencia una corriente de agua dentro del conducto auditivo. Las afecciones de la oreja interna, de la caja del tímpano y la enfermedad de Ménière, producen vértigos.

En fin, los vértigos idiopáticos se dividen en oculares, auditivos y musculares. Los primeros han sido señalados por M. Abadie, en 1881; resultan de perturbaciones en los movimientos del ojo; anomalías de refraccion ó desviacion ocular, como en la parálisis motriz del ojo. Los vértigos auditivos ó de Ménière son debidos á una afeccion del oido (lesion de los canales semicirculares), consisten en zumbidos, silbidos agudos, rotacion de los objetos, náuseas y sordera. Las enfermedades de la oreja externa pueden producir vértigos, tal es el vértigo producido por la acumulacion del cerúmen y la presencia de un cuerpo extraño dentro del conducto auditivo externo. Estos vértigos auditivos pueden, pues, ser consecuencia de una afeccion de la oreja externa, de la caja del tímpano ó de los canales semicirculares; por lo tanto, el diagnóstico diferencial de estas tres causas debe ser siempre hecho con cuidado.

El tercer grupo de vértigos idiopáticos ó vértigos musculares, resulta de perturbaciones en la sensibilidad muscular, como por ejemplo, en los atáxicos.

En un animal sobrevienen vértigos cuando se le abre la serosa raquidiana; sucede lo mismo cuando se seccionan los músculos rotadores de la cabeza. En efecto, hay enfermos en los cuales un reumatismo de los músculos de la nuca, un torticolis, determina vértigos. Por otra parte, sabemos tambien que cierto número de reumáticos padecen vértigos, pero en este caso, este fenómeno es debido á las perturbaciones concomitantes del sistema digestivo.

Despues de esta rápida exposicion sobre las diferentes clases de vértigos que caben en el grupo de los vértigos sensoriales y sobre las numerosas causas que pueden determinarlos, digamos algunas palabras de uno de nuestros enfermos, el que ocupa la cama núm. 15.

Este hombre, que parece gozar de buena salud, es en realidad un reumático. Diez años há, padeció por la primera vez un reumatismo lombar, y despues ha sufrido, en diversas ocasiones, dolores reumáticos en otras regiones del cuerpo; pero dolores que

nunca han atacado las articulaciones, sino los músculos.

Hace ya doce dias que sufre de nuevo dolores en los lombos y en los músculos de la nuca: reumatismo lombal y occipital, acompañado de intensos vértigos, con entorpecimiento de las facultades intelectuales.

Hace ya dos años que experimenta los mismos fenómenos. Cuando está en su lecho, con la cabeza convenientemente colocada sobre la almohada, los vértigos cesan, pero basta el movimiento de rotacion de la cabeza para producirlos. Cesan muy rápidamente en algunos dias por la aplicacion de revulsivos sobre la nuca. Estos vértigos pertenecen al grupo de vértigos idiopáticos que acabamos de estudiar, es decir, á los idiopáticos musculares.

TERAPEUTICA.

LA PILOCARPINA COMO TRATAMIENTO DE CIERTAS AFECCIONES AGUDAS DE LOS ÓRGANOS RESPIRATORIOS. —El Dr. Wyss, siguiendo en esto la indicacion de los médicos franceses, ha empleado muy á menudo con éxito la pilocarpina en las afecciones de los órganos respiratorios.

Prefiere administrar el medicamento al interior que bajo forma de inyeccion hipodérmica. Prescribe así: hidroclorato de pilocarpina 0.03 centígramos; agua destilada 90 gramos. Esta solucion se conserva en un frasco dividido en tres partes iguales. La dósis es una tercera parte de la solucion.

El autor cita los casos siguientes: primero, *coriza agudo*, acompañado de dolores frontales muy fuertes, congestion intensa, tumefaccion de la conjuntiva, sequedad de la faringe; 1 centígramo de hidroclorato de pilocarpina, procura gran alivio la primera noche, y la curacion es la regla á la tercera; segundo, *laringitis aguda*, pérdida completa de la voz, congestion del interior de la laringe, secrecion amarillo-rojiza; despues de la primera dósis la voz se aclara mucho y al cabo de ocho dias la mejoría es tal, que el enfermo se considera completamente curado.—(*The Medical Record*).

LA CREOSOTA EN LA TISIS PULMONAR.—En los casos de tísis no acompañada de fiebre, tos ó complicaciones, Frantzel dice haber empleado con éxito la creosota, de la manera siguiente:

Creosota...............	13 partes.
Tintura de genciana.....	30 ,,
Aguardiente	250 ,,
Sherry	C. b. para obtener 1,000 gramos.

La dósis es de 15 centímetros cúbicos, dos ó tres veces por dia en un vaso de agua; al mismo tiempo se prescriben 300 gramos de aceite de hígado de bacalao.

El enfermo debe siempre estar en una habitacion bien ventilada. La mejoría del estado general se manifiesta por: aumento de peso del cuerpo, crecimiento del apetito, diminucion de la tos, de la espectoracion y del dolor y desaparicion del soplo bronquial. Sobre 400 enfermos tratados de esta manera, 150 han obtenido un beneficio grande y permanente.—(*Bulletin de Therapeutique*).

ACCION DE LA ANTIPIRINA EN LAS DIABETIS AZUCARADA É INSPIRADA.—Decididamente la antipirina es la cuestion del dia; hace cuatro años era admitida como antitérmico, ó mejor dicho, antihipertérmico segun la feliz expresion de uno de sus principales defensores.

Despues se le ha contado entre los nervinos mejor reputados, y no será este ciertamente el último de sus triunfos.

En efecto, la observacion fisiológica ha probado que la antipirina es un modificador de los centros nerviosos. M. Lepine la ha prescrito útilmente á los tabéticos; M. Bar, contra la neurostenia; Liwof, Angar, Sprimont White, Moncorno Vicira de Mello y otros muchos, la han empleado contra la jaqueca y las nevralgías, y German See, encomiando sus méritos, la compara á la morfina.

Así, pues, no cabe duda; la antipirina disminuye el dolor; es un analgésico ó más bien un dolorífugo. En razon de su accion sobre los centros nerviosos pudiera considerársele como medicamento nervino. Con este carácter se le empleó infructuosamente en la epilepsía, en la esclerósis en placas y con mejor éxito en la corea.

A falta de otros, este motivo autoriza suficientemente para emplear este remedio contra una afeccion en cuya etiología se ha reconocido la influencia potógena de las perturbaciones nerviosas: esta es la diabetis.

Latham asemeja esta enfermedad al reumatismo y, por imitacion, ha instituido el tratamiento salicílico de la glicosuria. M. Bauchau coloca tambien estas dos afecciones cerca la una de la otra en su clasificacion de enfermedades por nutricion retardante. En fin, M. Brouardel sostiene el orígen nervioso de las diabetis insípida y azucarada.

Contra una perturbacion nerviosa, un tratamiento nervino. De aquí provienen las aplicaciones, hoy casi clásicas, de los agentes modificadores del sistema nervioso á la terapéutica de la diabetis: el bromuro de potasium, la quinina, el arsénico, la morfina, la belladona, y aun el cornezuelo de centeno que modifica las actividades de los centros nerviosos, obrando sobre su irrigacion sanguínea.

De la teoría á la práctica, la distancia es á veces muy corta. M. Gonner prescribió la antipirina á un

diabético, hombre de sesenta años de edad, á la dósis de 3 gramos diarios.

El efecto no se hizo esperar; desde el tercer dia de tratamiento la orina no respondió al reactivo de Trommer y no contiene más que huellas de azúcar; sin embargo, el Dr. Gonner creyó prudente continuar la administracion del medicamento durante 10 dias.

La glicosuria no reapareció. ¿Qué forma de diabetis era esta? La observacion no lo dice, señala únicamente la desaparicion de la azúcar en la orina; Mr. Gonner registra su triunfo, pero omite dar la indicacion clínica que es indispensable conocer.

Hé aquí otro hecho más reciente é instructivo que tomo del Dr. Huchard:

Una mujer poliúrica, afectada de largo tiempo á esta fecha, de una paraplegia consecutiva al mal de Pott, expulsa de 28 á 30 litros diarios de una orina límpida, exenta de huellas de azúcar ó de albumina y acusa una polidipsia intensa.

La poliuria en las afecciones de los centros nerviosos, es un hecho vulgar. Para combatirla, Mr. Huchard se funda, al prescribir este medicamento, en las propiedades nervinas de la antipirina y en los hechos fisiológicos en que se le ha visto determinar la rarefaccion de la orina, lo administra bajo la doble forma de inyecciones hipodérmicas y por la vía estomacal á dósis que varian de cuatro á ocho gramos.

Bien pronto despues, obtiene la diminucion cuantitativa de la orina en la relacion de 26 á 7 litros diarios, despues de seis dias de tratamiento.

Se trata seguramente en este caso, de una poliuria de orígen nervioso, como verosímilmente en el caso anterior se trataba de una glicosuria nerviosa. Por este motivo, en uno y en otro enfermo, existian buenas razones para acudir á un medicamento nervino.

Despues de esto, demos tregua á los entusiasmos y tregua tambien á las hipótesis. En todo caso, no debemos olvidar que Vera Ivanoff, ha notado la alteracion de las celdillas hepáticas despues de la administracion de la antipirina, y que H. Girard, ha probado especialmente que este medicamento ejerce una accion inhibitoria sobre ciertas partes del sistema nervioso.—*(Revue Général de Clinique et de Therapéutique).*

TRATAMIENTO DE LA CONSTIPACION HABITUAL DE LOS NIÑOS.—Mr. Day atribuye la constipacion habitual de los niños, á diversas causas. 1° Atonía de la túnica muscular del intestino; 2° Secrecion insuficiente del mucos-intestinal ó de la bílis, 3° Régimen irregular. Ciertos niños biliosos y pletóricos se enferman desde que las evacuaciones dejan de ser cuotidianas: otros, de temperamento nervioso, soportan la constipacion durante muchos dias, sin ningun inconveniente apreciable.

La constipacion prolongada puede producir la inflamacion del ciego, el engrosamiento de las paredes del intestino, la dilatacion del canal y á veces su perforacion.

Por lo que concierne al tratamiento, es necesario obligar al niño á hacer esfuerzos todas las mañanas. Si existe gran cantidad de materias fecales en el recto ó el ciego, se debe prescribir una lavativa; se cuidará de reglamentar cuidadosamente el régimen del niño.

Por lo que toca á los medicamentos, los más útiles son: la estricnina, la belladona y el ácido nítrico, en ciertas ocasiones un purgante salino, ó una dósis de calomel.

El *masage*, en fin, presta buenos servicios y calma al niño.—*(Société Harreiénne, Lóndres).*

FORMULARIO.

Los casos de envenenamiento por la antipirina presentados por Ball ante la Academia de Medicina de Paris, nos hacen dar á la prensa la posología de este medicamento.

I. ¿A qué dósis se le debe prescribir? *Dósis antipirética.* Para el adulto varia entre 2 y 6 gramos segun la tolerancia; pero esta cantidad debe ser fraccionada en pequeñas porciones que se administran con más ó ménos frecuencia, segun la marcha de la temperatura. (El termómetro indica la dósis). En los niños de cuatro años de edad, la dósis cuotidiana total, no excederá de 20 á 25 centígramos. A los siete años, variará entre 30 y 50 centígramos.

DÓSIS NERVINA.—Solamente á los adultos; se eleva á 4, 6, 8 y aun á 10 gramos (Lepine) en una ó dos fracciones cuotidianas.

II. ¿Bajo qué forma y por qué vía se administra? Por la boca, bajo la piel ó por el recto; en polvo, en solucion, en inyeccion hipodérmica, en lavativa ó en supositorio.

1° *En polvo:* bajo forma de papeles de 50 centígramos á 1 gramo.

2° *En solucion:* en el agua alcoholizada por el Rhum, el Kirsck ó Chartreuse, ó bien en limonada cítrica.

3° *En pocion:* formulada como sigue:

Antipirina....................	10 gramos.
Hidrolato de menta...........	100 ,,
Jarabe simple................	50 ,,

h. s. a.

Antipirina....................	10 gramos.
Agua.........................	100 ,,
Jarabe simple................	50 ,,

Cada cucharada de estas pociones representa 1 gramo del medicamento.

En los niños se puede prescribir:

Antipirina...........	0. 15 á 0. 50 centígs.
Jarabe de azahar..............	50 gramos.
Agua........................	100 ,,

h. s. a.

4º *En inyeccion hipodérmica.*

Antipirina......................	5 gramos.
Agua.........................	10 ,,

O bien:

Agua dest.................	10. 00 gramos.
Antipirina.................	10. 00 ,,

h. s. a. (Caravias).

Se ha propuesto agregar una pequeña cantidad de cocaina á esta solucion, para prevenir el dolor consecutivo á la inyeccion.

5º *En lavativa.*

Agua tibia.....	125 gramos.
Yema de huevo...............	nº 1
Antipirina....................	2 gramos.

h. s. a.

6º *En supositorios contra las hemorroides dolorosas y fluentes.* (Propiedades analgésicas y hemostáticas).

Manteca de cacao............	3. 50 centígs.
Antipirina....................	0. 50 ,,
Clorhidrato de cocaina........	0. 10 ,,

h. s. a.

CRONICA DE HOSPITALES.

HOSPITAL MILITAR.

Curacion radical de una hernia inguinal, por el Dr. F. López.

El soldado Inés Olvera, perteneciente al Batallon de Zapadores, de buena constitucion, soltero, jornalero y de 20 años de edad, entró al Hospital Militar con una hernia inguinal del lado derecho, acompañada de ectopía del testículo. Dicha hernia, fácil y completamente reductible, llegaba á adquirir, por algun esfuerzo, el tamaño de una naranja pequeña, que llenaba completamente la vaginal, á donde nunca llegó á descender el testículo que tampoco se tocaba dentro del canal.

El enfermo no llegó á sufrir los accidentes, tan comunes como peligrosos, de las hernias, y solo lo preocupaban algunos dolores neurálgicos que se presentaban de cuando en cuando y la impotencia para los ejercicios de su profesion. Pensando que este enfermo se encontraba en buenas condiciones para intentar la curacion radical, y contando, por otra parte, con todos los elementos para llevarla á cabo, con las precauciones rigurosas de la antisepsia, le propusimos la operacion, haciéndole ver los pocos riesgos que presentaba. Aceptó sin resistencia, quedando determinada la operacion para el dia 29 de Octubre próximo pasado. Aseada, rasurada y bien fenicada la region, se cloroformizó al enfermo y se procedió á la operacion en la atmósfera fenicada, siguiendo el procedimiento de L. Championière.

Incision de los tejidos hasta descubrir el saco, desde un poco arriba del anillo exterior hasta la parte media de la region escrotal. Aislamiento del saco en toda su extension, comprendiendo la mayor parte de su cuello. Abertura del saco donde se encontró un gran colgajo de epiplon, el cual fué ligado lo más alto posible por dos hilos cruzados de catgut, para formar dos pedículos, y extirpado por medio de las tijeras, dejando perder en el vientre las ligaduras; el epiplon extirpado pesó 29 gramos. Ligadura lo más alto posible del cuello del saco, por el mismo procedimiento anterior y extirpacion de él en su totalidad, dejando perderse en el vientre las ligaduras. Aseo completo y hemostasia perfecta de la herida, la cual fué cerrada con suturas profundas y superficiales, y canalizada con un haz de hilos de catgut en su ángulo inferior. Curacion de Lister.

El enfermo marchó sin accidente alguno, no habiéndose presentado signos de inflamacion peritoneal, y cerrándose su herida por primera intension.

Marcha de la temperatura tomada en la noche:

Dia 29	37°7
,, 30	37°0
,, 31	37°2
,, 1º..................	37°0
,, 2	37°2
,, 3	37°3
,, 4	37°2
,, 5	37°0

El tratamiento consistió simplemente en pequeñas dósis de ópio y dieta de leche los primeros dias.

El enfermo fué dado de alta el dia 23 de Diciembre, pudiéndose demostrar la obliteracion completa del canal inguinal por un tejido duro en el cual no podia percibirse el más ligero empuje de las vísceras del vientre, durante los esfuerzos violentos del paciente. Por precaucion se le aconsejó que llevase por algun tiempo vendada la region.

HOSPITAL DE SAN ANDRES.

Carcinoma de la fosa nasal derecha propagado al seno y hueso frontales y á la órbita del mismo lado.

José Mª Alanís, de 68 años de edad, constitucion deteriorada, ateromático, habitualmente sano, ocupa la cama núm. 1 de la Sala de Cirujía Mayor.

Antecedentes.—Su padre murió de una afeccion interna de marcha crónica que no pudo precisar; su madre vive aún y tiene 88 años de edad. Hace seis meses comenzó á sentir cierta dificultad para respirar con la nariz del lado derecho; hemorragias frecuentes; dolores neurálgicos en las regiones frontales y parietales; aparicion de un tumor vegetante en la nariz derecha que sangraba fácilmente; hinchamiento de la raíz de la nariz, propagándose á la region frontal y la órbita.

Más tarde, tósis y quémosis subconjuntival, dejando la cornea trasparente; hinchamiento de la region frontal en donde se percibe fluctuacion, ulceracion inminente del párpado.

Diagnóstico: tumor de carácter esencialmente maligno que interesa la fosa nasal derecha, el seno frontal y quizá todo el hueso de ese nombre, probablemente el etmoides y esfenoide.

Despues de entrar el Prof. Lavista en consideraciones prácticas sobre el tratamiento quirúrgico del cáncer, resuelve hacer incisiones exploradoras, amplificándolas ó modificándolas despues, segun el caso lo exija, con el objeto de poner á descubierto la neoplasía y darse cuenta de su situacion, relaciones, difusion, etc.

Dia 11 del presente mes.—Prévia cloroformizacion y hecho el lavado aséptico de la cara se practicó una incision horizontal de cinco centímetros de longitud, inmediatamente arriba de la ceja, que permitió evacuar una cantidad considerable de pus flegmonoso; en el fondo de la herida se percibió el hueso frontal completamente descubierto, presentando los caractéres de la careo-necrósis, alteracion que se extendia á la bóveda orbitaria, deteniéndose al nivel de la insercion fibrosa de la cápsula de Tenon.

Se prolongó la incision horizontal hasta la línea média, y se encontró, como á dos centímetros arriba y adentro del seno frontal, una pérdida de sustancia de la tabla externa que permitia salir á una prolongacion de la neoplasía.

Con el fin de completar la exploracion, se practicó una segunda incision vertical sobre el dorso de la nariz, haciéndole partir desde la extremidad interna de la primera hasta cerca del lóbulo, y prolongándola despues hácia arriba, de modo que cruzara la incision horizontal.

Con unas tenazas incisivas se resecó la porcion alterada de la tabla externa del frontal, y entónces pudo verse que una parte de la neoformacion ocupaba el seno frontal y otra estaba alojada entre las dos láminas del hueso, dejando la tabla interna perfectamente sana. Las partes blandas que revisten la base del cráneo, en relacion con las fosas nasales, empezaban á ser invadidas, pero habian quedado libres: la cavidad craneana, el ojo y la fosa nasal izquierda.

Nótese que no se practicó ninguna de las incisiones clásicas como las de Pean, de Genzonel, etc., con las cuales no hubiera logrado el cirujano el fin que se proponia, sino que, atendiendo á la indicacion que debia llenar, modificó felizmente el sitio de las incisiones exploradoras. Extirpacion completa del neoplasma y de los tejidos invadidos; hemorragia ligera tratada por la simple compresion con las esponjas; aplicacion de éter iodoformado sobre toda la extension de la herida; sutura de los colgajos triangulares. Curacion antiséptica y taponamiento aséptico de la fosa nasal derecha. En la noche, el estado general satisfactorio: temperatura 38°. Dia 12.—Temperatura de la mañana, 37°6; en la tarde, calosfrio, malestar; temperatura, 38°5. Dia 13.—Estado general grave; postracion, sudores, mal olor, temperatura, 39°5. Se diagnosticó septisemia aguda, debida probablemente á las malas condiciones higiénicas del hospital.—Pronóstico: muy grave.

Dr. Vargas.

NOTICIAS VARIAS.

CONVOCATORIA

PARA LA OPOSICION Á LA PLAZA DE CATEDRÁTICO ADJUNTO DE CLÍNICA INTERNA DE 5º AÑO (2º CURSO).

Dispone el C. Director de la Escuela Nacional de Medicina, que desde hoy hasta el 4 del próximo Abril, queden abiertas las inscripciones, conforme al reglamento especial de esta Escuela, cuyos artículos conducentes son los siguientes:

Art. 134. Para ser admitido al concurso necesita el aspirante: ser ciudadano mexicano, acreditar que está autorizado para el ejercicio legal de su profesion en Medicina y Cirujía, y ser de notoria moralidad.

Art. 135. Los aspirantes se presentarán al secretario con una solicitud á la Direccion acompañada de los respectivos documentos; y en un registro destinado al efecto, el secretario hará la anotacion respectiva, firmándola en union del interesado.

Art. 136. Si el aspirante se hallare fuera de la capital, dirigirá su solicitud al secretario por medio de un apoderado, quien cumplirá con los requisitos del artículo anterior.

Art. 137. Las pruebas serán de tres clases: una disertacion escrita sobre el punto que eligiere el candidato, una exposicion oral y un ejercicio práctico en los ramos que lo requieran.

Art. 149. Ocho dias ántes del señalado para la oposicion, presentará el candidato la tésis á cada uno de los jueces; una á la Direccion, otra al secretario y dos á la biblioteca de la Escuela. Los interesados pueden ocurrir á la secretaría de esta Escuela, todos los dias útiles de las 11 á las 12 de la mañana, á imponerse de todos los pormenores relativos á este concurso.

Tip. de Dublan y Comp.

VOL. I. México, Abril 1º de 1888. NUM. 3

REVISTA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO BIMENSUAL DIRIGIDO POR EL DR. JOSE RAMOS.

SECCION EDITORIAL.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

PARA

CORREGIR LA CAIDA DE LA MATRIZ.

No pretendo, en este trabajo, investigar las causas que determinan la caida de la matriz, ni tampoco hacer la historia de todos los medios que desde tiempo inmemorial se han venido usando para corregirla, pues conozco que esto necesitaria un largo espacio, y sé cuán enojosos son para los médicos prácticos, esos inmensos artículos; limítome tan solo á narrar el procedimiento quirúrgico que siempre he empleado y he visto emplear por mi distinguido amigo y maestro el Dr. A. Martin, de Berlin, y el cual, tanto ejecutado por él como por mí, ha sido coronado de resultados felices.

Dado un prolapso completo de la matriz, por desórdenes del aparato ligamentoso sustentador de este órgano, el ideal del tratamiento seria encontrar un medicamento ó un medio mecánico que volviendo la tonicidad á los tejidos, impidiese, una vez reducida la matriz, que ésta volviese á descender; pero la historia de esta enfermedad nos enseña que todo es inútil y que solo la cirujía puede ayudarnos para aliviar estas pacientes, que si bien no corren peligro de muerte (pues es muy comun ver enfermas de estas llegar á una edad muy avanzada), sí suprimirles las inmensas molestias que esto les origina.

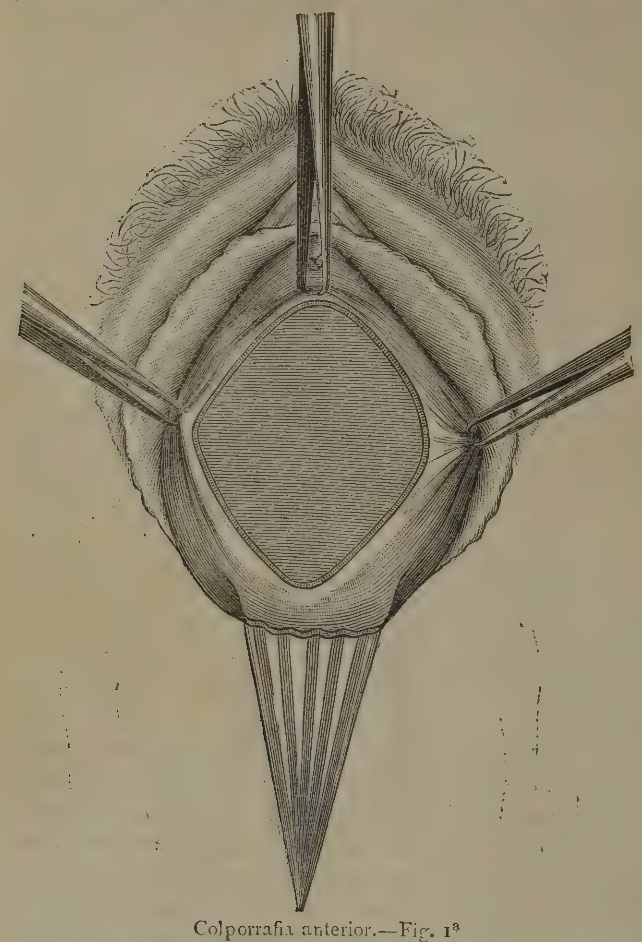
Yo no he visto una operacion mejor ideada que esta, y el procedimiento que á continuacion voy á describír, acompañándolo de grabados para hacerlo más atractivo y comprensible, es el de Hegar y Kallenbach, modificado por Martin.

Colocada la enferma sobre una mesa de metro y medio de altura y en la posicion supina, con las piernas dobladas sobre los muslos y éstos sobre el vientre y sujetos así por dos asistentes, procedo á la desinfeccion de la vagina y matriz (solucion de sublimado 1 : 3000).

Hago la amputacion del cuello de la matriz, porque con esta operacion disminuyo el peso del órgano. Esta la ejecuto con el bisturí y la sutura. No corto los hilos porque ellos van á servirme despues para poner tensa la pared anterior de la vagina y poder practicar la segunda parte de la operacion, ó sea la *Colporrafia anterior:* ésta consiste en hacer un colgajo de la forma que marca la figura número 1, y de magnitud variable en relacion con el individuo. Tres pinzas americanas puestas en los lugares que enseña la figura y los hilos de la sutura, me bastan para poder desprender el colgajo, cuidando de no profundizar mucho, pues estos prolapsos se acompañan siempre de

vesicocele, y seria muy fácil tocar la vejiga. (FIG. 1.ª)

Hecho el avivamiento por medio de las tijeras curvas, procedo á la sutura, la que se verifica plegando los tejidos como lo marca la 2ª figura, y poniendo suturas profundas y suturas superficiales. Terminada la sutura,



Colporrafia anterior.—Fig. 1ª

corto los hilos de ésta y los de la amputacion, reduzco la matriz á su posicion normal y procedo á la 3ª parte de la operacion ó sea (FIG. 2ª) la *Colporrafia posterior* que bien puede llamarse una *Elytrorrafia doble lateral* acompañada de una perinæauxesis, y que constituye la parte esencial de la operacion. Bien sabido es que en la pared posterior, así como en la anterior de la vagina, existe una parte mediana, compuesta de elementos fibrosos que llamamos rafé (columna rugarum anterior y posterior), y es esta parte la que nos va á servir de apoyo y sostén para la nueva pared que vamos á formar.

A centímetro y medio, hacemos dos colgajos. AA BB. (Fig. 4ª) de forma triangular, de base inferior, base que se encuentra al nivel de la terminacion de la columna; avivamos la superficie y despues suturamos como se ve en la figura núm. 4.

Despues de terminada esta parte de la operacion, corto los hilos y procedo á la formacion del colgajo (I d c b a a b c d I de las figuras 3ª y 5ª); para hacerlo, coloco uua pinza en el punto α de la figura 3ª, otra á dos centímetros arriba del ano, y dos laterales y equidistantes en la cara interna de los grandes labios. Hago un corte en la extremidad inferior de la columna, y parto hácia la derecha hasta el borde inferior de la nimfa ó pequeño labio; otro corte análogo del otro lado, (I I de las figuras 3ª y 5ª) y despues bajo siguiendo la línea semicircular I d c b a a b c d I de las mismas figuras. (FIG. 5ª)

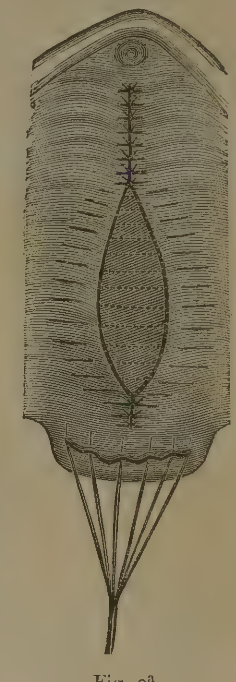


Fig. 2ª

Hecho el avivamiento, pongo suturas profundas con fuertes hilos, y suturas superficiales. Terminada la operacion, corto los hilos, ligo las piernas de la paciente arriba de la rodilla con un pedazo de sábana usada, toalla, etc., y la conduzco á la cama, encargando á las personas que la asisten el mayor cuidado y que eviten en cuanto sea posible los movimientos de la enferma.

El material que uso para la sutura, es la seda inglesa núm. 7, pues ella me presta la garantía de solidez suficiente y además ofrece la ventaja de no dividir los tejidos como sucede con los alambres de plata, simplifica mucho el arsenal y facilita mucho la operacion. El catgut tiene el inconveniente de disolverse muy pronto, y de no prestarse mucho para asegurar la sutura. Los instrumentos usados son: dos bisturís, cuatro ó seis pinzas americanas, pinza de diseccion y unas

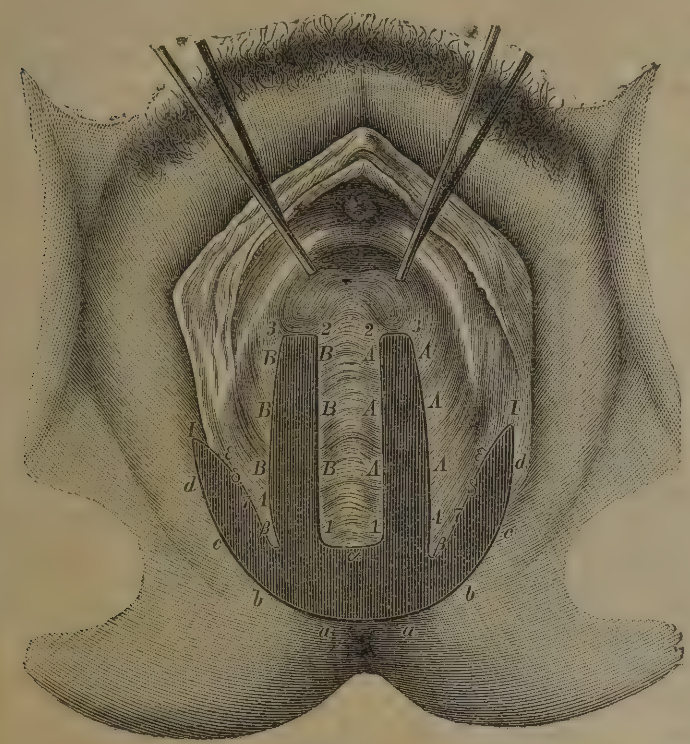


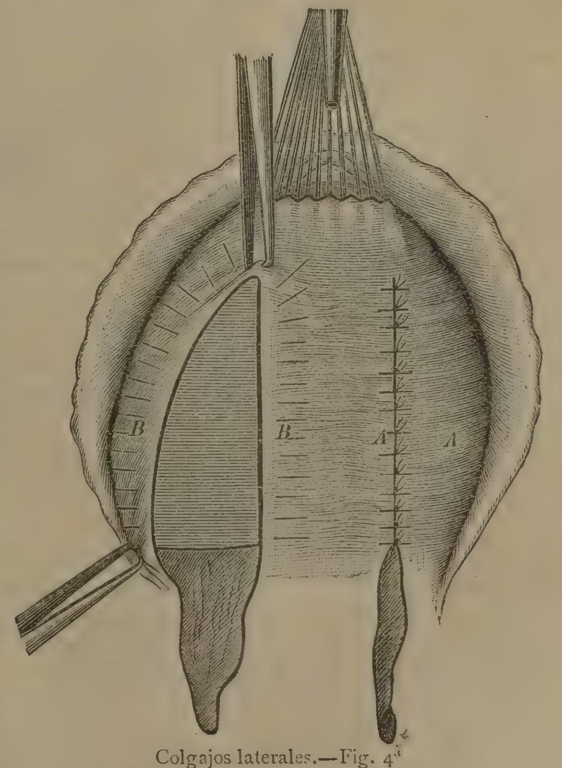
Fig. 3ª

1 1. Extremidad inferior del rafé posterior.
2 2. Extremidad superior del mismo.
2 3. Extremidad superior de los colgajos.
1 B. Extremidad inferior de los mismos.
ε . Corte al nivel de la columna rugarum.
I d c b a. Mitad del colgajo inferior.

agujas.—Durante toda la operacion está funcionando un irrigador con solucion de sublimado 1 : 4000, lo que tiene por objeto mantener siempre limpio el campo de la operacion y establecer una capa de agua constante, entre la superficie sangrante y el aire exterior, evitándose con ello las esponjas y el usar más personas que las que siempre me han acompañado; ellas forman un grupo ya tan diestro, que nunca necesito hacer observaciones, ni pedir siquiera los instrumentos, pues estoy convencido de que para que una operacion se ejecute bien, se necesita una buena asistencia, y yo no puedo ménos que alabar el decidido empeño de los Sres. Dres. Rafael López, Ignacio Magaña, Tomás Noriega, Alberto Espinosa y Francisco Armendariz, en las numerosas operaciones que juntos hemos hecho.

Es á esta asepsia rigurosa á la vez que sencilla, á lo que debo el no tener que usar para nada el termómetro, con lo cual queda dicho cuáles serán los resultados. Tambien debo hacer presente que los innumerables hechos y feliz éxito de mis operaciones, vienen á desvanecer completamente las críticas injustificadas y vulgares de que fuí víctima cuando introduje en mi país el sistema antiséptico de Lister en toda su pureza; ellas confirman más y más mi conviccion acerca de la innegable utilidad de este sistema, y lléname de satisfaccion el saber que de dia en dia va ganando más prosélitos, y que hoy lo emplean la mayor parte de aquellos que llamaban *exagerada* mi limpieza.

No se me califique de exagerado, pero sí de estricto, por la aplicacion de todos los medios que constituyen la asepsia vaginal; á ellos y solo á ellos debo el que muchas veces el éxito haya coronado mis esfuerzos. La inocuidad de ciertos procedimientos operatorios en ginecología, es debida á los métodos antisépticos en el sentido riguroso de la palabra.



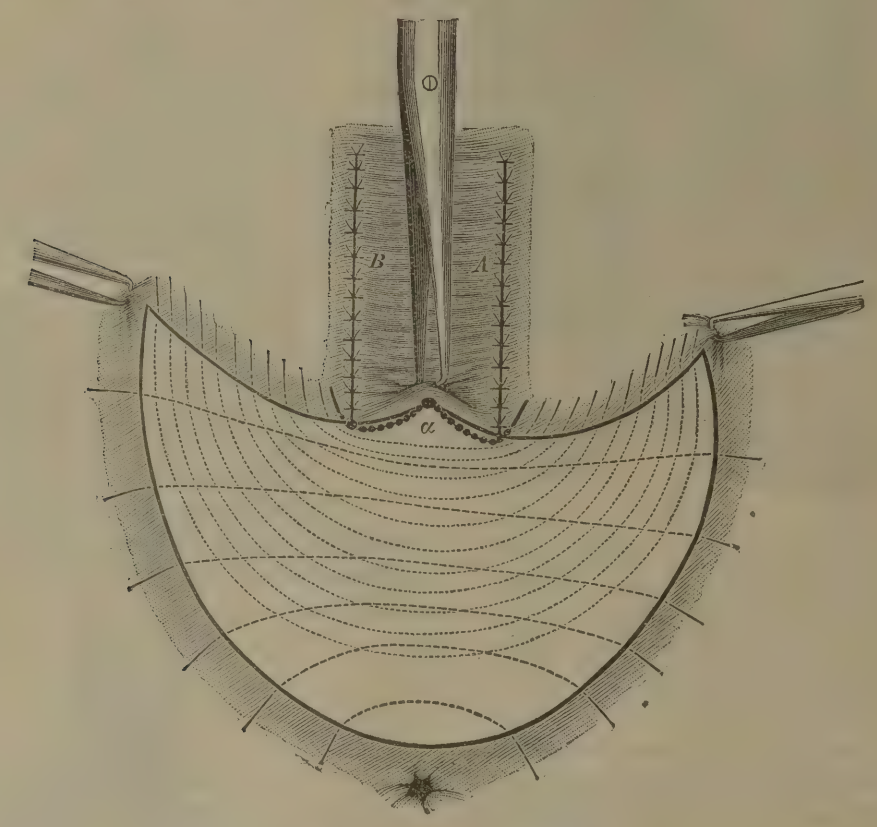
Colgajos laterales.—Fig. 4ª

A B. Columna.—A A. Superficie suturada.
B B. Superficie avivada.

Uno ó dos lavados vaginales hechos con una solucion poco antiséptica y á una temperatura relativamente poco elevada, son completamente insuficientes.

Acostumbro, al contrario, hacer muchos lavados vaginales con solucion de bicloruro al $\frac{1}{2}$ milésimo á la temperatura de 38° ó 40°. En ese estado, el líquido moja mejor los tejidos, penetra en todas las anfractuosidades, arrastra las mucosidades adherentes, y baña los fondos de saco vaginales.

Suprimiendo los tejidos relajados, y rehaciendo un nuevo canal, se viene á realizar el ideal para curar la caida de la matriz.



Avivamiento y suturas.—Fig. 5ª

Las únicas contraindicaciones son: *una edad muy avanzada, las enfermedades constitucionales y un agotamiento excesivo.*

Siendo este procedimiento desconocido entre nosotros, he creido que este trabajo mereceria la atencion de mis compañeros.

DR. R. FUERTES.

EXTRACTO DE LA LECCION CLÍNICA DE OBSTETRICIA DADA EN LA CASA DE MATERNIDAD CON OCASION DE UN CASO DE ROTURA PERFORANTE DEL ÚTERO Y DE LA PARTE SUPERIOR DE LA VAGINA, DURANTE EL TRABAJO DEL PARTO.—Juéves 8 de Marzo de 1888.

(Concluye).

Abordada una vez esta importante materia, hácese preciso entrar en consideraciones sobre el valor estimativo de los síntomas que de ordinario acompañan á la rotura perforante del útero y de la porcion alta de la vagina. Algunos de esos síntomas son genuinos en toda la acepcion de esta palabra. *En el momento mismo en que una contraccion uterina llega á su apogeo, siente la mujer acerbo é intensísimo dolor en la parte en que há lugar la rotura, y al instante, como por encanto, cesan los dolores de parto, cambia la forma del vientre y el feto muda de situacion.* De súbito tambien, píntase el pánico en la faz de la paciente; sus ojos inmensamente abiertos ven á todas partes sin fijarse en ninguna; la conjuntiva se empaña, la vista se ofusca; zumban los oidos, sécanse los labios, balbuce y lanza gritos; la sangre huye de las capilares, sobreviene calosfrio y mortal palidez, pónese yerta, suda, y el pulso empequeñece y es frecuen-

tísimo; en una palabra, obsérvanse los síntomas de la hemorragia interna grave. Este cuadro ofreció nuestro caso en la mañana del 6 de Febrero, si hemos de creer los informes verbales proporcionados por la víctima y por su marido. Pues bien: este mismo cuadro se observa generalmente siempre que ocurre tamaña avería. Los observadores están acordes en ello, y nada puede alegarse en contra de consenso tan explícito y absoluto.

Explícanse, el dolor lancinante llevado hasta el exceso, por la simultánea y fulmínea desgarradura del sinnúmero de hilos nerviosos divididos; el terror, tanto por la conmocion del sensorio comun, cuanto por la percepcion intuitiva, clara, instantánea, íntima, del inminente riesgo en que está la vida; la palidez, el enfriamiento, la pequeñez y concentracion del pulso, por el gran desperdicio de la vida circulante, de la sangre que brota á torrentes, y se derrama dentro de la cavidad abdominal y al exterior.

Demás de éstos hay otros síntomas, que no pudieron ser aprovechados en nuestro caso por ausencia de observador capaz, idóneo, en el momento en que acaeció el lastimoso suceso. Tened presente, que el Sr. Zermeño recibió á la paciente horas despues de que aquello habia pasado en la casa habitacion de la Rocha. Una vez rotas la matriz y la vagina; una vez suspensas las contracciones dolorosas del parto; una vez expulso el engendro acompañado de sus envolturas, rotas hacia tiempo, y alojado todo ello en la cavidad abdominal, lo lógico y natural es que la region presentada retroceda y se haga inaccesible al dedo explorador (tacto vaginal), y se derrame afuera parte de la sangre procedente de los vasos incisos. Uno y otro síntoma tienen una sola significacion de tal modo elocuente, que quien los encuentre tiene que concluir de ahí que el producto y sus anexos han traspasado los límites de la matriz y del canal vulvo-uterino, atravesando una vía nueva y del todo contranatural: esta vía no es otra, que una brecha que pone en comunicacion ambas cavidades.

En varias observaciones que hallareis en los libros que de esto se ocupan, se lee, que á veces faltan algunos de estos síntomas, y que otras son poco manifiestos. Pero en las mismas observaciones se lee igualmente, que lo que nunca falta en las roturas verificadas sin estrépito, ó como si dijéramos, *á la sordina*, es la instantánea cesacion de las contracciones peristálicas de la matriz, ó sean los dolores de parto. Es admirable y cuesta inmenso trabajo concebir cómo lesion tan enorme, tan dolorosa, tan trascendental, pueda suceder en una mujer viva, sin que los nervios lacerados no pongan el grito en el cielo; á no ser que se admita como excusa que el desastre produce una enervacion instantánea; de manera que, ó no llega la impresion al cerebro, ó si llega, no puede traducirse por sensacion dolorosísima, cual pasa en las circunstancias ordinarias y normales.

Aceptando como fidedignos los hechos que por su originalidad merecen el calificativo de *excepcionales*, queda siempre vigente su gravedad. Sienta ó no dolor intenso la parturiente; verifíquese la rotura estrepitosamente ó á *la sordina;* de todos modos la matriz está rota, la forma del vientre cambia, la region abocada retrocede, y como que huye del canal; las manos aplicadas sobre el vientre perciben las desigualdades fetales muy cerca de sí, inmediatamente detrás de la pared abdominal; zafos aquellos casos en que el tejido celular subcutáneo está recargadísimo de grasa, y por esta razon, ú otra semejante, el producto se halla situado léjos del alcance del tacto. Añadid á eso el estado general alarmante: pánico, angustia, viva inquietud, vahidos, síncopes, enfriamiento, palidez general, pequeñez y concentracion del pulso; y tendreis cuanto habeis de necesitar para poderos pronunciar abiertamente sobre la causa del mal, sus inmediatas y mediatas consecuencias.

En los casos de rotura se observa que el termómetro marca la temperatura normal, 37° centígrados. Os he hecho notar este fenómeno en nuestro caso, advirtiéndoos que la Rocha á la sazon tenia sobre sí todos los síntomas de *peritonitis generalizada; todos, ménos la elevacion de temperatura.* Esta particularidad, á que hacen referencia varios observadores, Schröeder entre otros, para mí tiene una explicacion, y es, que la sangre no efervesce, por su escasez en el sistema circulatorio (anemia aguda) consecutiva al grande desperdicio sufrido, y además, por la enervacion general, efecto del pánico y del agotamiento nervioso, agudos tambien.

Las terminaciones comunes de las roturas perforantes de la matriz grávida son varias. Madre é hijo pueden morir en un solo acto, por lo fulminante de la hemorragia. Cuando el derrame sanguíneo no llega á ese grado, el producto sucumbe, pero la madre sobrevive durante algun tiempo; habiéndose dado casos de curacion, aunque relativamente pocos. Si la hemorragia perdona á algunas mujeres, la peritonitis superveniente casi nunca concede á las víctimas la garantía de la vida. Háse visto tambien que feto y sangre se enquisten en el vientre, y corra aquella terrible situacion los mismos trámites de la preñez extra-uterina con seudo-útero roto ó intacto; quiero decir, que aislados debidamente (por medio del ingeniosísimo cuanto admirable recurso que la naturaleza improvisa para secuestrar los cuerpos extraños) ó retiene al feto trasformándole, ó procura deshacerse de él minando los tejidos subyacentes, abriendo brecha á través de la pared abdominal, ó de la vagina, ó del recto, ó del fondo de la vagina, en fin, con las contingencias que trae aparejadas esta situacion de suyo peligrosa. En nuestro caso no queda ni la más remota esperanza. La Rocha no sobrevivirá á esta catástrofe; dentro de breves instantes, y á pesar de lo cabal de su razon, entregará el alma al Creador.

Nada se puede hacer á favor de esta desdichada, que muere de peritonítis.

El término por curacion, aunque excepcional, no es raro en ciertas y determinadas circunstancias. La pequeñez de la rotura; su situacion en la vagina, en el cuello, sobre el cuerpo mismo, zafas las partes laterales; su acotamiento por el peritoneo, la terminacion del parto ántes de que el feto todo, ó parte de él, pase á la cavidad abdominal, son condiciones ventajosas, y autorizan hasta cierto grado al médico á esperar un feliz desenlace. El paso del producto á la cavidad abdominal deja aún alguna probabilidad de curacion, cuando acabado de suceder el accidente puede conducírsele por la rotura á la vía natural, y cuando, convencido de lo irrealizable de este recurso, *incontinenti* se practica la gastrotomía. Aunque nada de esto he visto, he leido varias observaciones fidedignas que ponen de manifiesto lo eficaz de uno y otro medio, que no vacilaria poner en planta llegada la ocasion.

Por lo que á las *indicaciones* toca, debo deciros que siempre que os encontreis con alguna de las condiciones que predisponen á las roturas de la matriz; cuando aparezca un dolor fijo ó cualquier otro síntoma que siquiera indique que la catástrofe es posible, y sobre todo que es inminente, lo debido es terminar el parto; practicando la operacion conveniente; aplicacion del forceps, version, parto manual. La sola posibilidad del accidente debe poner al práctico en atalaya: tan luego como crea de su deber intervenir con las manos, solas ó armadas, tenga muy presente que tambien cualquiera maniobra inconsiderada ó violenta puede romper el útero y la vagina. En suma: *Terminar debidamente el parto, es el mejor medio de prevenir, de combatir, y de hacer ménos formidables los accidentes primitivos y consecutivos á las roturas de la matriz y de la vagina.*

Una condicion hay, además, que tiene una importancia capitalísima, y es, intervenir con *oportunidad.* ¡Cuántas desgraciadas salvarian, si un práctico inteligente y aguerrido estuviese al lado de ellas llegada la ocasion! Pero esto toca á lo imposible las más veces. Voy á decir una cosa que os ha de asombrar. De las mujeres que han venido á esta casa con el útero roto, ni una sola se ha librado de la muerte. ¿Por qué? Porque todas han llegado tarde. Añadiré: que fuera de aquí tampoco se ha salvado ninguna de las víctimas de este accidente. ¿Por qué? me preguntareis; por la misma razon: siempre ha pasado ó se ha dejado pasar la oportunidad.

Por la administracion inconsiderada del cuernecillo de centeno, del zihuatlpatl, del chocolate mezclado con polvo de pimienta; por la intervencion de bisoños ó intrusas que manipulan con objeto de meter algo que asoma, como pierna, brazo, cordon umbilical; ó de sacar los piés, para ejecutar la version; ó que aplican las pinzas, ó el cefalotribo, cuando lo juzgan necesario, siéndolo ó no; por meterse á hacer lo que no saben, para decirlo de una vez, he visto muchas roturas, que han concluido siempre por la muerte de las madres y de los productos. Verdad es que la potencia activa de la matriz, sin necesidad de que haya predisposiciones antiguas ó nuevas, por sí sola basta para determinar la rotura de ese órgano y de la vagina; cierto es que

no son de temerse estos accidentes cuando falta una predisposicion manifiesta; cuando el aparato genital se encuentra en las condiciones ordinarias; cuando el trabajo del parto marcha regularmente; cuando el feto, en fin, se presenta bien, y ni en sí mismo, ni en sus anexos, ni en el conducto que ha de atravesar, existen más obstáculos que la resistencia natural de las partes. Mas tambien es verdad, que en el momento ménos pensado y hallándose reunidas las condiciones que constituyen la garantía del buen éxito, puede surgir algun inconveniente verbigracia, que se irregularicen las contracciones; por exceso de fuerza, por su mala direccion, porque sea *francamente espasmódica, tetánica*, en vez de ser *rítmica, peristáltica*: entónces, el útero, como cualquier otro músculo de la vida orgánica ó de la de relacion, puede estallar en algun punto de la porcion ménos resistente; en aquellos que son naturalmante ménos gruesos ó están dilatados por partes salientes y angulares del feto, como los codos y las rodillas, por ejemplo.

Aparte de todo eso, hay otros motivos que pueden determinar las propias é idénticas lesiones. Para rendir homenaje á la verdad, y hacer resaltar á la vez cuán cuidadosa, cuán prudente y cuán sábia debe ser la intervencion manual ó instrumental, en los casos de parto que requieren una ú otra, debo proclamar ante vosotros, con la entereza y lealtad que me son geniales, que la mayor parte de las roturas que he visto, ó que me han referido, particularmente las que se han hallado situadas sobre las partes laterales del útero, sobre el segmento inferior, sobre el cuello ó sobre la vagina, ó sobre uno y otra al mismo tiempo, han sido consecutivas á los medios empleados para desembarazar á la mujer. Hace muchos años, en un caso á que me acompañaron, mi discípulo el Dr. Capetillo y el difunto Dr. D. Mauricio Flores, vimos destruido el segmento inferior de la matriz y desnuda la excavacion pélvica, por las manos de dos operadores que se empeñaron en simplificar una situacion, que ellos, y solo ellos, habian complicado, sacando á fuerza lo que deberian haber dejado adentro (los dos brazos y el cordon umbilical), y pretendiendo despues reponerlos en su sitio. Aquello terminó por la craneotomía, y la cefalotripsia, que ejecuté con éxito científico en medio de las peores condiciones que podais figuraros, prévia advertencia á los causantes del mal por ellos labrado. La mujer sobrevivió algunas horas, y sucumbió luego. Los profesores Andrade y Bandera tuvieron á bien consultarme un caso, en que un operador, al extraer las secundinas de una recien parida, llevó su intento al cabo, pero agregando á aquellos despojos todo el segmento inferior del útero y un pedazo del gran epíplon! He oido leer alguna vez en la Academia dos observaciones de rotura del útero causadas por la intervencion de dos intrusas, que en uno de los casos citados tuvieron por conveniente desembarazar á la mujer *lazando con un ceñidor el cuello del feto* contenido dentro de la vagina; y lo peor de ello fué, que aparte de la muerte de las infelices parturientes, un profesor práctico y entendido, que tuvo que ver en el asunto, abogó en pro de las intrusas y las defendió *unguibus et rostro!* ¡Cuánta aberracion!

Antes de poner fin á esta leccion, debo daros un consejo que os encargo nunca olvideis. En la apreciacion de los casos de esta especie debe uno estar alerta contra esa prevencion nada caritativa, malévola, que está siempre dispuesta á culpar á los médicos asistentes á las maniobras que ejecutan, y por no dejar, hasta á los instrumentos de que hacen uso, de las roturas dependientes de otras causas que nada tienen que ver con esa. Jamás perdais de vista que en los casos en que la conclusion del parto ofrece dificultades, la rotura de la matriz y de la vagina, es inminente; inminente á tal grado que puede ser inevitable, corriendo grandes peligros de determinarla aun cuando se proceda con todo miramiento, con toda calma y con toda prudencia. Los médicos que se respetan á sí mismos, deben ser celosos guardianes de la honra de sus cofrades, deben saber apreciar con equidad y justicia, la difícil y delicada situacion en que cualquier facultativo, uno mismo, puede encontrarse cuando ménos se piense. Por no ceñirse á este sabio consejo de moral médica, anda luego por los suelos la fama de los comprofesores. La sinrazon llega á veces á tanto, que el causante ó causantes del perjuicio, buscan persona en quien descartar la responsabilidad del caso, y ¡asombraos de esto! lo consiguen conforme á su deseo. Cuidaos de

esos miserables, y que Dios os libre de caer en sus manos. Estad prevenidos contra esas asechanzas, observad la regla de *no meter mano donde otro la haya metido ántes*, para que no os veais en la triste situacion en que un practicante del hospital de S. Andrés puso hace muchos años al entendido Dr. Arámburu. Habiendo roto la matriz al extraer una placenta, y persuadido del desastre, aquel, salió en busca de un médico y halló en la puerta del hospital á mi difunto amigo, quien, sin vacilar acudió y reconoció á la recien parida, que se quejaba de un dolor agudísimo, y presentaba todos los síntomas de hemorragia grave. Mete Arámburu la mano en la vagina para hacerse cargo de la situacion, y, apénas la saca fuera, cuando el practicante le lanza á quemaropa la terrible acusacion de haber causado la rotura de la matriz, que al buscarle, dijo, habia dejado intacta. El profesor calumniado salió del hospital deplorando el caso, publicando y comentando el cinismo de su gratuito y audaz acusador. Por supuesto que cuantos supimos aquel suceso, no vacilamos en señalar, como único factor de aquella muerte, al que la habia determinado, quiero decir, al practicante.

Hace pocos años, varios médicos y un farmacéutico que intervinieron en un caso de parto en que se rompió la matriz (por haberse metido á hacer lo que no sabian) enviaron á la víctima á esta casa, donde sucumbió á poco de haber llegado á ella. Halla nuestro jefe de clínica Dr. Capetillo la terrible lesion causada, en el acto de hacer la autopsía, da parte al administrador del hospital, este empleado llama á la policía, la justicia se encarga de esclarecer el hecho para castigar á los culpables, y éstos se defienden con tal sagacidad, con astucia tanta, embrollan las cosas de tal manera, que el Dr. Capetillo resulta responsable, y ellos aparecen acusados injustamente, calumniados, en consecuencia. El sobreseimiento en la causa, puso terminó á la demanda......

La moraleja de estos ejemplos es, que en casos parecidos os andeis con mucho tiento, (como yo he hecho siempre) y nunca os arrogueis jurisdiccion fiscal ninguna, *limitándoos siempre á ver, oir y callar*, si quereis evitaros las molestias y desazones que se procuran cuantos observan la conducta contraria. Id con Dios.

Por vía de complemento hago constar lo siguiente: la Rocha murió á las once de la mañana, una hora despues de la leccion, sobreviviendo veintisiete horas al accidente.

Necropsia.—Abierta la cavidad del vientre, halláronse los caractéres anatomo-patológicos de la *peritonitis aguda generalizada.* Abundante derrame de sangre en la cavidad peritoneal. El cuerpo de la matriz en estado de integridad perfecta, pero exangüe. La insercion placentaria estuvo en la parte posterior izquierda de la zona polar superior, cerca del orificio de la trompa correspondiente. La vagina estaba rota hácia su pared posterior, en direccion de la línea mediana, y la rotura avanzaba treinta y cinco milímetros sobre su insercion á la matriz, sin que el cuello y los bordes del orificio participaran de la lesion. La herida total medía una extension aparente de sesenta milímetros y era perforante. Reconocida y medida la pélvis, resultó disminuida la área del estrecho superior, por la saliente del ángulo sacro-vertebral.

Diámetros del estrecho superior:

Sacro-púbico	m. 0,091
Bi-iliaco	0,130
Oblícuos, cada uno...........	0,120

De todo lo cual resulta: primero, que hubo rotura perforante útero-vaginal; segundo, que hubo hemorragia grave; tercero, que hubo peritonitis intensa y generalizada. Con lo cual quedaron justificadas las apreciaciones hechas en la leccion pronunciada durante la vida de la Rocha.

DR. JUAN MARIA RODRIGUEZ.

CONSIDERACIONES

DE DIÓPTRICA FISIOLÓGICA SOBRE EL PUNTO PRÓXIMO, EL PUNTO REMOTO Y LA AMPLITUD DE LA ACOMODACION.—APLICACIONES PRÁCTICAS DEL MÉTODO DE DONDERS, PARA LA DETERMINACION DE ESTOS VALORES.

Uno de los puntos más importantes en el estudio de las enfermedades del órgano visual, es evidentemente el que se relaciona al estudio de la refraccion y de la acomodacion del ojo; es esto tan cierto, que errores graves de diagnóstico y por lo tanto de tratamiento, no reconocen muchas veces otra causa, que un

exámen imperfecto ó aun la falta completa de exámen del aparato de la vision, relativamente á su estado dióptrico. No es raro, por ejemplo, encontrar algunos casos de bléfaro-conjuntivitis crónica, tratados por todos los medios terapeúticos posibles sin el menor resultado, los cuales ceden fácilmente por el empleo de anteojos prudentemente determinados, pues la afeccion estaba sostenida por un vicio de refraccion que no se habia descubierto. No es raro tampoco que los síntomas algunas veces alarmantes á que da lugar la astenopía acomodativa en un hipermétrope, sean combatidos sin éxito por medios más ó ménos violentos y aun dolorosos, siendo así que basta prescribir, prévio acertado diagnóstico, las lentes convexas necesarias, para que desaparezcan como por encanto los dolores, el lagrimeo, la inyeccion conjuntival y demás trastornos que aquel vicio de refraccion origina, sobre todo cuando se fija mucho la vista, en ciertos trabajos que, como la lectura, la escritura, el grabado, exigen esfuerzos de acomodacion.

De aquí resulta la grande importancia, que así para el hombre de ciencia como para el práctico, ofrecen estas cuestiones, y por esto existen tratados completos de dióptrica fisiológica, en los cuales se expresa la teoría matemática, y las aplicaciones prácticas de la refraccion en el ojo humano.

Importa, entre otros datos, conocer la agudez visual, el punto próximo, el punto remoto, el estado de la refraccion (emetropía ó ametropía), y la amplitud de la acomodacion; entre estos dos últimos datos hay una diferencia capital: para hacer comprender claramente á mis discípulos esta diferencia, he insistido en las clases orales de oftalmología, que dí en la Escuela Nacional de Medicina, sobre el alto ínteres que hay de considerar al ojo en dos estados muy distintos: el *estático* y el *dinámico;* en el primero no interviene para nada el músculo acomodador, que está completamente relajado, el cristalino ofrece su mínimo de poder refringente; esto pasa cuando vemos al infinito, es decir, cuando los rayos luminosos caen sobre la córnea, paralelos entre sí, ó cuando ha obrado la atropina; en el estado dinámico por lo contrario, el músculo acomodador interviene, al contraerse aumenta el poder refringente del cristalino, aumentando tambien la convergencia de los rayos refractados; es el estado del ojo que ve un objeto próximo, ó en otros términos, que recibe rayos divergentes, los cuales, para reunirse en la retina, necesitan ser más refractados que los paralelos. La falta de una diferenciacion completa de estos dos estados, impide la fácil comprension de la ametropía á los que comienzan el estudio de la refraccion; si no separan suficientemente estos dos estados, no es fácil comprender por qué un hipermétrope puede ver los objetos distantes y aun los próximos con claridad, cuando, segun la definicion de la hipermetropía, no podrian reunirse en la retina ni los rayos paralelos ;que se introduzca como yo acostumbro, en la definicion clásica de la hipermetropía, la nocion de que el ojo se considera en el estado estático, y todo se comprende en el acto; si un hipermétrope puede ver los objetos lejanos y aun los próximos con cierta claridad, esto se debe á que hace contraer su músculo acomodador, es decir, á que el ojo pasa al estado dinámico, del estático, que es aquel en el cual se le considera para definir la hipermetropía; este paso se hace de un modo instintivo, involuntario, inconsciente; pero que se aplique la atropina á un ojo emétrope, y se notará que aun continúa leyendo los caractéres tipográficos colocados á distancia, miéntras que en igualdad de circunstancias, el ojo hipermétrope dejará de verlos, puesto que por la accion de aquel alcaloide, le es ya imposible pasar del estado estático al dinámico; así, pues, la refraccion se refiere al primero de estos estados, y la acomodacion al segundo; en otros términos, el punto remoto se refiere al estado estático, el punto próximo al dinámico, y la nocion de lo que se llama amplitud de la acomodacion, no puede tenerse sino en funcion de los dos primeros términos, pues depende del valor de uno y de otro. Todos los oftalmologistas conocen y emplean diariamente la fórmula siguiente, cuya demostracion matemática se encuentra en los autores clásicos:

$$\frac{1}{A} = \frac{1}{P} - \frac{1}{R},$$

en la cual A representa la amplitud de la acomodacion, P el punto próximo y R el remoto. El estudio de estos términos me ha sugerido ciertas ideas, que voy á exponer en este ar-

tículo, ideas que, á mi modo de ver, no carecen de interes teórico-práctico.

El Dr. Badal, en sus Memorias de óptica fisiológica, asienta el siguiente teorema: "con las lentes métricas, el valor de la acomodacion (A), tiene por medida en dioptrias (D), la diferencia entre el número N del vidrio convexo más fuerte ó cóncavo más débil, que permite leer los caractéres más finos posibles de la escala, y el número N' del vidrio cóncavo más fuerte, con el cual la lectura de los mismos caractéres es aún posible;" esto pudiera representarse por la fórmula:

$$A = N - N' \quad (1)$$

Esta fórmula nos suministra un medio práctico y sencillo de determinar por el método de Donders, es decir, por medio de las lentes y de las escalas tipográficas, la amplitud de la acomodacion.

Meditando detenidamente dicha fórmula, parece á primera vista que se encuentra en contraposicion con la fúrmula clásica

$$\frac{1}{A} = \frac{1}{P} - \frac{1}{R} \quad (2)$$

En efecto, en la ecuacion (1), el término N corresponde al término $\frac{1}{R}$ de la ecuacion (2), y el término N' se refiere al término $\frac{1}{P}$, así como A corresponde á $\frac{1}{A}$; se ve por lo tanto que el signo algebráico de estos diversos términos es diferente en ambas ecuaciones. Para demostrar que N corresponde á $\frac{1}{R}$, basta reflexionar que el vidrio cóncavo más débil ó convexo más fuerte, necesitado por el emétrope para ver á distancia los caractéres más finos de la escala, seria un vidrio plano, es decir, una lente cuyo radio de curvatura fuese infinito; en estas circunstancias, el ojo está dispuesto para ver el punto remoto. En el miope, N representa el vidrio cóncavo más débil, con el cual es posible la lectura de los caractéres más pequeños; como se sabe, un vidrio cóncavo colocado delante del ojo, hace que los rayos luminosos diverjan, y que puedan reunirse en la retina del ojo miope, y como N representa el más débil de estos vidrios, se infiere que su radio de curvatura tiene el mismo valor que la distancia del punto remoto en el miope, pues en las lentes ordinarias, es aproximadamente igual á su distancia focal principal; así, pues, en el miope el término N corresponde tambien al término $\frac{1}{R}$. En lo que concierne al hipermétrope, N representa el vidrio convexo más fuerte que permite la lectura de los caractéres; se sabe que los vidrios convexos hacen que los rayos luminosos converjan, y suplen por lo tanto el déficit de refraccion del ojo hipermétrope, que supuesto en el estado estático no podria reunir los rayos luminosos en la retina; se dice que el vidrio convexo más fuerte, para evitar que el ojo acomode, pues la contraccion del músculo acomodador tendria el mismo efecto que la superposicion de un vidrio convexo; por una razon análoga, como fácilmente se comprende, se dice que en el miope, N es el vidrio cóncavo más débil. Ahora bien, siendo N en el hipermétrope, el vidrio convexo más fuerte que se necesita con el objeto indicado, es él quien da á los rayos la convergencia necesaria para que se reunan en la retina, y su distancia focal representará necesariamente la distancia del punto remoto, que en el hipermétrope estará más allá del infinito, en el sentido matemático de la expresion. Queda, pues, demostrado que N representa en el emétrope, en el miope y en el hipermétrope, el valor de $\frac{1}{R}$.

(Continuará).

DR. JOSE RAMOS.

CRONICA DE HOSPITALES.

HOSPITAL BEISTEGUI.

Tuberculosis renal.—Cistalgía rebelde.—Dilatacion rápida progresiva de la uretra.—Nefrectomía.—Muerte.

Ramona Diaz, de 22 años de edad, soltera, nulípara, entró al hospital el 16 de Noviembre de 1887, y ocupó la cama núm. 33 del servicio del Sr. Dr. Francisco de P. Chacon.

Antecedentes.—Padecimiento que data de 3 años y cuya causa ignora; tenesmo vesical; miccion frecuente; orina turbia que deja depósito pulverulento y mucoso.

Sensacion de tension hácia el ombligo, mas marcada en el decúbito supino.

Un año despues, hematurias y sensacion de un obstáculo que detenia el paso de la orina, esta sensacion desaparecia en el decúbito supino. Fiebre de marcha irregular, sudores nocturnos, anorexia y enflaquecimiento pronunciado.

Exploracion.—Anestesia. Organos sexuales normales; fondo de saco vesical, abultado y sensible.

No hay dolor ni aumento de volúmen en la region lombar. Presunciones de que pudiera tratarse de un neoplasma; dilatacion de la uretra con el dilatador de Fritch, exploracion con el dedo de la cavidad vesical que permite encontrar granulaciones en su bajo fondo, las que se rasparon con la cucharilla de Simon. Lavatorio con solucion bórica al 4% y cauterizacion del bajo fondo con nitrato de plata al 1%.

Mejoría notable: desaparicion del tenesmo; orina clara y micciones más fáciles é incontinencia. Inyeccion de solucion saturada de tanino.

Desaparicion del movimiento febril; la nutricion de la enferma mejora.

En los primeros dias de Enero, calosfrio violento, calentura de 39°, de tipo intermitente, dolor al nivel del riñon derecho. Administracion del sulfato de quinina: disminuye la intensidad de los accesos.

La fiebre toma el tipo remitente con exacerbacion vesperal, sudores nocturnos, dolor constante en la region renal derecha, con irradiaciones hácia la fosa iliaca del mismo lado, orina purulenta que contenia albumina.

Diagnóstico: nefritis purulenta del riñon derecho y absceso perineal. Se propone la Nefrectomía.

Nefrectomía.—Dia 10 de Marzo.—Rigurosa antisepsia decúbito lateral izquierdo é incision curvilínea de concavidad anterior, que partió dos centímetros abajo de la 11ª costilla, á dos centímetros arriba de la espina iliaca-antero-superior-derecha, (15 cent.) se profundizó lo bastante para llegar al tejido celular perireneal que se encontró sano, se puso de manifiesto el riñon derecho y se practicó la enucleacion bajo la cápsula, segun el procedimiento de Ollier, llegando fácilmente hasta el pedículo que se ligó con un fuerte y grueso hilo de seda fenicado colocado lo más abajo posible cuyos cabos sirvieron para atraer el riñon hácia la herida cutánea. Demás de esto, se tomó el pedículo con unas pinzas rectas de Terrier y se ligó inmediatamente abajo de estas pinzas, pasando un hilo grueso y doble de seda fenicada, con el que se hicieron dos ligaduras bastante apretadas para asegurar los elementos vasculares del pedículo hemorragia; á pesar de estas precauciones; ligadura de la arteria del pedículo.

Desprendimiento accidental de la cápsula y reseccion hasta su insercion al pedículo. Sutura profunda y superficial de la herida, canalizacion por el ángulo inferior y curacion de Lister. Duracion total de la operacion, hora y cuarto; temperatura al terminar, 35°; facies descompuesto; pulso imperceptible. En la tarde 37°4; sudor copiosísimo, dispnea; facultades intelectuales en perfecto estado.—Anuria completa. La temperatura continuó descendiendo hasta el dia siguiente en que sucumbió la enferma.

Autopsía.— Huellas de peritonitis.— Riñon izquierdo reducido á una vasta bolsa llena de pús caseoso, solamente hay algunos trabéculos del tejido renal.—Uréteres dilatados y viva inyeccion de la mucosa.—Vejiga retraida; las paredes de esta víscera, muy gruesas, semejante á un útero de dos meses, tanto por su tamaño como por su espesor.—Tejido celular de la pequeña pélbis de aspecto gangrenoso.—Utero y ovarios normales.—Tubérculos en el pulmon izquierdo en pequeño número, cerca de la superficie del lóbulo superior; ligeras adherencias pleurales.—En el pulmon derecho dos ó tres tubérculos caseosos en el vértice.

El riñon extirpado con tubérculos caseosos en la sustancia contical; ésta vivamente congestionada, las pelvicillas muy dilatadas y llenas de pús caseoso. *Exámen microscópico de este riñon.* En cortes coloridos por el picrocarminato, se demuestra el tejido intersticial con las lesiones de la nefritis intersticial, los tubos glandulares llenos de epitelio gránulo-grasoso y con glóbulos de pús, en ciertos lugares domina el tejido conjuntivo hasta producir la destruccion del elemento glandular.

DR. FRANCISCO HURTADO.

(En nuestro próximo número relataremos los comentarios conducentes y muy instructivos de este caso, interesante á todas luces).

NOTAS DEL DR. E. LICEAGA.

UN APARATO PARA FRACTURA DEL ANTEBRAZO.—En la clínica del profesor Billroth presentaron el mes de Octubre del año pasado á un hombre que habia sufrido una fractura doble del antebrazo izquierdo, con pérdida de una parte de la piel, en la zona de lá fractura, y amplia herida que comunicaba con el foco. Algunos tendones estaban esfacelados. Para conservar el brazo, se habia hecho curacion antiséptica y para mantener los fragmentos en posicion y vigilar la herida, aplicaron un aparato dispuesto así: Unas varillas de acero delgadas y colocadas paralelamente rodeaban el antebrazo sin tocarlo, y sus extremos se apoyaban en un aparato inamovible de yeso, que rodeaba el puño y el codo, dejando la parte enferma como dentro de una jaula. El aparato de yeso estaba hecho sobre un género tieso, de anchas mallas.

NEVRALGIA DEL TRIJÉMINO.—RESECCION DEL NERVIO EN SU SALIDA DEL AGUJERO OVAL, POR EL DR. SALZER, DE LA CLÍNICA DEL PROFESOR BILLROTH.—En un adulto, que padecia la nevralgía del nervio dentario y á quien se le habia resecado este nervio en el agujero de la barba, se le hizo otra reseccion detrás del maxilar, ántes de la entrada del nervio mencionado en la mandíbula inferior. Mas como ni uno ni otro medio dieron resultado, se le resecó

el trijémino en el punto inmediato á su salida por el agujero oval, por el procedimiento del Dr. Salzer.

Una incision curvilínea de concavidad inferior, encima del arco zigomático que sirve de base, permite, abatiendo el colgajo, encontrar el nervio á 6 centímetros de profundidad. La operacion es larga y difícil.

HOSPITAL DE SAN ANDRES.

Hemos creido de interes señalar á la atencion de los lectores un hecho que acaba de tener lugar en el servicio de la Clínica quirúrgica en el Hospital de San Andrés. Se trata de la aplicacion de la talla supra-púbica para el diagnóstico y tratamiento de algunas afecciones de la vejiga.

En breves palabras reasumiremos el hecho, concretando esta revista á los puntos de cirugía práctica que han llamado nuestra atencion.

En un hombre anciano y profundamente debilitado, se desarrolló el flegmon séptico de la vejiga, ocasionando la supuracion del tejido sub-mucoso, la gangrena de la mucosa, y como fenómenos importantes, retencion de orina y uremia.

El Sr. Profesor Lavista hizo el estudio clínico del enfermo, y despues de haber formulado su diagnóstico, decidió practicar la cistotomia supra-púbica, ya para comprobar aquel, ya para utilizar la intervencion quirúrgica, como el único recurso terapéutico aplicable al caso.

Entre las consideraciones más importantes que le oimos hacer al mencionado Profesor, figura la siguiente: sostiene este señor, que solo la incision amplia de la pared anterior de la vejiga, permite la exploracion completa y directa de ese órgano y la sustraccion fácil de los productos patológicos que en él se encierren; haciendo notar, que si bien la cistotomia prostática da utilísimas indicaciones, no basta para apreciar detalladamente los desórdenes patológicos, y que, en casos como el presente, se debe uno ilustrar de cuantos modos sea posible, para reglamentar la intervencion operatoria. Como por otra parte, la asepsia quirúrgica evita el desarrollo de los accidentes propios á las incisiones abdominales, haciéndolas casi inocentes, se justifica plenamente la intervencion supra-púbica, de preferencia á la perineal.

Conformándose con estas ideas, se practicó la operacion siguiendo el procedimiento clásico, y una vez abierta la vejiga, se comprobó el diagnóstico y se extrajo del interior del órgano su mucosa completa que estaba flotante, perfectamente reconocible á pesar de su estado de descomposicion, pudiéndose notar la superficie epitelial cubierta de incrustaciones fosfáticas y la cara conjuntiva en perfecto estado de esfacele. A la vez pudimos apreciar la embocadura de los uréteres, así como el cuello de la vejiga.

Extraido el forro flotante de que hemos hablado, pudo verse con la mayor claridad el revestimiento embrionario desigualmente distribuido sobre la capa muscular, la que estaba sumamente hipertrofiada y debajo de la que se sentia la envoltura celulosa de la vejiga muy gruesa y adherida íntimamente á la reflexion peritoneal vésico-rectal.

Curioso era asistir al escurrimiento de la orina, que se hacia gota por gota por cada uno de los uréteres al trígono vesical, llamando la atencion que la orina escurriese completamente limpia, como si no existiera padecimiento renal alguno. El Sr. Lavista nos hizo notar cuán equívoco era este dato y cómo á pesar de las buenas condiciones de la orina, debia existir un padecimiento grave en los riñones del enfermo, que probablemente no podria sobreponerse á los desórdenes que la enfermedad habia ya ocasionado, ni luchar ventajosamente para salvar su vida. Desgraciadamente así se comprobó con la marcha clínica y la terminacion funesta del caso, sin que pudiera darse participio alguno en la desgraciada terminacion al traumatismo quirúrgico, como pudo comprobarse con la necropsía.

A reserva de publicar el hecho clínico de que hemos hablado, con todos sus detalles, nos limitamo por ahora á hacer notar la utilidad de la talla supra-púbica, para el diagnóstico y tratamiento de algunas afecciones graves de la vejiga, y que interviniendo oportunamente, se evitarian los terribles accidentes que se desarrollan en los riñones, dejando al depósito urinario en las condiciones más ventajosas de evacuacion constante de la orina y desinfeccion, cuyas circunstancias garantizan la reparacion de los graves desórdenes producidos en el órgano.

México, Marzo de 1888.

DR. J. MARTINEZ DEL CAMPO.

REVISTA EXTRANJERA.

FISIOLOGIA.

PRODUCCION DE ELECTRICIDAD EN EL ORGANISMO HUMANO. —En nuestro número anterior insertamos la interesante comunicacion de Mr. Féré, tocante á la produccion de electricidad por el organismo.

A propósito de esta comunicacion, Mr. Arsonval solicitó la palabra en la sesion del 14 de Febrero de la Academia de Medicina de Paris, y dijo que seria un error creer en el desarrollo de estas enormes diferencias de potencial (1.200 volts.) y que la causa de la produccion de electricidad en el organismo,

es *exterior* y puramente física. La electro-genesis resulta únicamente del frotamiento de los vestidos contra la piel, cuya sequedad es comparable á la de una hoja de cautchouc, como lo demuestra el resultado del exámen hecho con su higrómetro. El frotamiento desarrolla electricidad estática que el individuo, mal conductor, conserva en proporcion variable con el estado higrométrico de su superficie cutánea. No existe, pues, ninguna asimilacion entre este estado eléctrico y el que se observa en eléctro-fisiología. Mr. Dastre hace notar que la rana, cuya piel está descubierta y húmeda, presenta diferencias de potencial; pero confiesa que estas diferencias no son sino de centésimos de volt., en tanto que las que encuentra Mr. Féré en el cuerpo humano, consisten en miles de volts.

En resúmen, dice Mr. Arsonval:

1º La electricidad de alto-potencial, demostrada en la persona en cuestion, es de orígen exterior y de ninguna manera orgánica.

2º La fuente de electricidad está en la sequedad de la piel y los frotamientos de los vestidos.

3º Las variaciones del potencial, que he demostrado, en union de Mr. Féré, bajo la influencia de una excitacion sensorial, pueden explicarse sin invocar el orígen orgánico de la produccion, y aludiendo simplemente á un cambio en la reparticion del fluido, debido á modificaciones que la excitacion sensorial imprime á la secrecion cutánea.—*(Revue Scient*, le 22 Février).

PATOLOGIA EXTERNA.

EL CATETERISMO RETRÓGRADO.—En la sesion del 15 de Febrero de 1888 de la Sociedad de Cirujía, el Dr. Tillaux refirió un caso, en el cual se vió obligado á ejecutar el *cateterismo rerógrado.*

Un hombre recibió una herida en la region perineal; hinchamiento de esta region, hemorragia, retencion completa de la orina. Despues de algunos dias, se pudo introducir una sonda que se dejó á permanencia, pero que al fin fué arrojada por el enfermo; no fué posible introducirla de nuevo y la orina escurria por la herida perineal; el Dr. Tillaux trató en vano de penetrar en la vejiga, hizo la uretrotomía externa sin poder descubrir la extremidad posterior de la uretra. No quedaba mas que un recurso: el cateterismo retrógrado.

Hizo la talla hipogástrica despues de haber administrado borato de sosa al interior, y empleó el globo de Petersen; una vez abierta la vejiga, encontró el cuello é introdujo una sonda. El estrechamiento era tal, que la sonda no pudo pasar por la extremidad posterior. Incision, tubo de canalizacion introducido por la uretra y con salida por la herida hipogástrica. El enfermo curó completamente.

El Dr. Despres prefiere la incision trasversal de la uretra á la longitudinal recomendada en los libros.

El Dr. Schwartz, punciona con un trocar curvo la próstata y cria un canal por esta vía, cuando no puede encontrar la extremidad posterior.

El Dr. Dentu va directamente á buscar la extremidad posterior de la próstata por una incision vertical que comprende toda la longitud de ésta (cateterismo retrógrado prostático).

El Dr. See pasa un hilo en los dos bordes, que resultan de la incision de la uretra. (Procedimiento de Guyon).

El Dr. le Fort, con el fin de encontrar el cabo posterior, hace tomar al enfermo de 3 á 4 gramos de yoduro de potasium, y coloca sobre la herida nitrato de plomo que se colora en amarillo si el enfermo orina; esta coloracion indica el punto adonde se encuentra el cabo posterior.

El Dr. Tillaux escucha las anteriores opiniones y responde, que nunca pensó en emplear la incision trasversal del Dr. Despres; que no ha podido penetrar á la vejiga por la próstata, como lo quiere el Dr. Dentu, no obstante haberlo intentado, y que, por lo tanto, insiste en que no quedaba más en el caso citado, que el cateterismo retrógrado, despues de la talla hipogástrica.

PATOLOGIA INTERNA.

SUPRESION ARTIFICIAL DE LA MENSTRUACION EN LA CLOROSIS.—Loewenthal refiere la observacion de 28 casos, en los cuales la supresion artificial de las reglas, ha sido una ventajosa medida terapéutica.

El método consiste en hacer inyecciones vaginales de agua caliente (49° por lo ménos) y reposo completo en la cama, por algunos dias. En casos muy raros, se ha usado el agua helada de preferencia á el agua caliente.

En 18 de los casos descritos se trataba de clorosis; los otros cinco comprenden: dos casos de histeria grave, y tres de agotamiento.

Una de las histéricas se encontró, despues de este tratamiento, notablemente mejorada, y todas las cloróticas fueron curadas con sorprendente rapidez sin medicacion ulterior, al cabo de 3 á 5 supresiones menstruales. No se han notado consecuencias graves.—*(Journal de Méd de Paris).*

PERTURBACIONES CARDIACAS EN LA COREA.—Entre 410 casos de corea, observados en la enfermería de Filadelfia, 133 (una tercera parte) presentaron un ruido cardiaco anormal casi siempre sistólico.

En un período más avanzado de la enfermedad, cuando ha persistido durante algunos años, Mr. Osler ha observado 105 veces lesiones cardiacas en una serie de 115 autopsías. Estas lesiones consisten, á menudo, en una endocarditis valvular, de manera

que afirma que en nueve casos sobre diez, el murmullo sistólico está ligado á una endocarditis.

Ha practicado la auscultacion de 110 coréicos cuyo primer ataque remonta á dos años por lo ménos: en 43 de ellos, los ruidos eran normales: en 34 existian signos de cardiopatías valvulares; pero entre estas cardiopatías, 59, 4 por ciento no podian ser atribuidas al reumatismo. En fin, sobre 58, la lesion era 54 veces mitral y 4 veces aórtica y mitral. En consecuencia, Mr. Osler admite que en gran número de casos de corea, la endocarditis es el punto de partida de las lesiones; pero que en gran número de ellos, las lesiones cardiacas no son de orígen reumático y que el reumatismo no debe ser considerado como fatalmente unido á la corea. Bajo el punto de vista práctico, aconseja el reposo, evitar toda excitacion, y una vigilancia atenta de la convalecencia para prevenir toda perturbacion nutritiva del tejido de las válvulas del corazon.—(*Revista general de Clínica y de Terapéutica*).

SÍNTOMAS INICIALES DE LA ATAXIA LOCOMOTRIZ.—Mr. Galezouski ha determinado la significacion y el valor de ciertas perturbaciones oculares, bajo el punto de vista del diagnóstico de la ataxia locomotriz en su principio (cuando aún no existe otro signo de esta afeccion) se trata de la parálisis del músculo acomodador sin midriasis concomitante y anestesia diseminada parcial), en el contorno de la órbita.

Al cabo de algun tiempo Mr. Galezouski ha encontrado á estos enfermos afectados de parálisis del tercer ó sexto par, y más tarde, ha confirmado la ataxia.

ESTUDIO SOBRE LA ETIOLOGÍA DE LA FIEBRE AMARILLA.—Anotacion del Dr. P. Gibier.—En una comunicacion, fechada en la Habana, el autor señala los primeros resultados de sus investigaciones sobre la fiebre amarilla.

Estos resultados contradicen abiertamente los del Dr. Domingos Freire.

La sangre.—Sobre gran número de preparaciones frescas ó coloridas, ha sido imposible descubrir la presencia de micro-organismos. Las culturas intentadas gran número de veces, han sido infructuosas.

La orina; tratada de la misma manera que la sangre, ha dado constantemente resultados negativos.

Ni la bilis ni el líquido pericárdico contienen micro-organismos.

Aun en los casos más graves, la sangre, examinada bajo el microscopio, no presenta alteracion apreciable en sus elementos.

No se han encontrado microbios en ninguno de los numerosos cortes hechos en las diferentes vísceras, salvo el intestino.

En presencia de estos resultados negativos, mi atencion, dice el Dr. Gibier, se fijó en el aparato digestivo. En la fiebre amarilla, en efecto, el vómito negro es un síntoma de tal manera capital, que en el lenguaje extra-científico, se designa la enfermedad bajo el nombre de *vómito.* El exámen y análisis bacteriológico de las materias vomitadas y del contenido del intestino, me han hecho ver una cantidad prodigiosa y una multitud de especies de microbios de todas formas; no seria poco el trabajo de aislar estos organismos los unos de los otros.

Experiencias sobre los animales. — 1º He inyectado 5.cc. de materia negra en el estómago de un animal que ha muerto en cuatro minutos, intoxicado por el veneno que encierra esta materia, veneno secretado por los organismos que pululan en el tubo digestivo. 2º Un animal que recibió en inyeccion estomacal 1.cc. no pareció encontrarse afectado.

"He aislado del contenido negro del intestino un micro-organismo cuya cultura deja depositar grandes copos y un polvo negros.

Los globos de cultura, el tapon de esmeril, todo está ennegrecido por los *escreta* de los microbios y la coloracion negra no desaparece por el lavado en el agua acidulada por el ácido nítrico ó sulfúrico. He inoculado una gota de la cultura de estos organismos en el intestino delgado de unos conejos, y éstos han muerto en 12 ó 16 horas con el intestino sumamente congestionado y lleno de una materia negruzca y sanguinolenta.

¿Estos organismos son los autores de la coloracion negra de las materias vomitadas por los enfermos? ¿son los patógenos de vómito negro?"

(*Journal des Sociétes Scient*, 22 Févier).

TERAPEUTICA.

LA ESERINA Y LA ANTIPIRINA EN LA COREA.

Dos sustancias han sido propuestas últimamente para la curacion de la corea, la eserina y la antipirina. La primera, ha sido recomendada por Riess de Berlin; la duracion média de esta enfermedad, se reduce, dice este autor, á quince dias y á veces á cinco y seis. Recurre al sulfato de eserina que inyecta bajo la piel dos veces al dia á la dósis de un milígramo, prescribiendo, además, un tratamiento tónico. Confiesa que este medio fracasa á menudo en las formas graves y en la corea habitual de los niños; pero en otros, su accion es infalible.

Los resultados que ha obtenido el Dr. Legroux con la antipirina, parecen ser de los más notables. La base de esta medicacion es que la antipirina modera las oxidaciones nerviosas y obra directamente sobre el sistema nervioso, cuya excitabilidad modera, obrando principalmente sobre la nutricion elemental. Esta tentativa es tanto más legítima, cuanto

que la accion sedante de la antipirina sobre el sistema nervioso central, ha sido demostrada por una experiencia del profesor Bouchard. En un animal al que se ha cortado uno de los nervios sciáticos y que se somete despues á la accion de la antipirina, se demuestra la resolucion muscular completa, salvo en el miembro cuyo nervio principal ha sido separado de los sentidos.

Legroux cita 6 observaciones que comprueban que la antipirina es uno de los medios más seguros, más rápidos y más inofensivos en el tratamiento de la corea. En efecto, han bastado seis dias por lo ménos y veintisiete á lo más, para curar una enfermedad cuya duracion média es de 69 dias conforme German See, y 90 segun Cadet de Gassicourt.

El tratamiento es muy sencillo: un gramo de antipirina pura disuelto en 20 gramos de jarabe de cortezas de naranjas amargas, administrado con ó sin adicion de agua. Ha sido necesario llegar á la dósis de 3 gramos en las 24 horas, para obtener efectos terapéuticos.

INHALACIONES DE ACIDO FLUORHIDRICO EN LA TUBERCULOSIS.—Una vez que las inhalaciones de ácido fluorhídrico, es la cuestion palpitante en materia del tratamiento de la tuberculosis, trátase de saber cuál es el aparato que, sin ser de un costo excesivo, permita hacer estas inhalaciones á domicilio.

Los Dres. C. Paul, Dujardin, Baumetz, Féréol, Bardet y Labbé se han preocupado de esto y han presentado ante la Sociedad de terapéutica, aparatos portátiles que tienen este objeto y cuya descripcion omitimos por ser demasiado larga, limitándonos á dar apuntes sobre el aparato de C. Paul, que es el más sencillo y económico.

Consiste en una botella provista de un tapon de cautchouc con dos agujeros y dos tubos; el uno, se sumerge hasta la profundidad de 8 centímetros, en la solucion medicamentosa, es el tubo por donde penetra el aire que al pasar en burbujas por la solucion, se carga de emanaciones fluorhídricas, el otro tubo, no penetra en la solucion y es por donde el enfermo debe hacer, despues de tres ó cuatro inspiraciones ordinarias, una sumamente profunda con la caul, las emanaciones fluorhídricas penetran hasta la parte enferma del pulmon.

Este inhalador, fácil de construir, puede ser empleado en la mayor parte de las afecciones respiratorias, el Dr. Paul lo emplea cargado de una solucion saturada de ácido fénico, en la gangrena pulmonar, y ha obtenido once curaciones.

Asimismo, usa la esencia de trementina para los hemoptóicos; el aceite de petróleo en los tísicos, como calmante de la tos y la espectoracion; el floruro de amonio como succedáneo de ácido fluorhídrico, y en fin, la tintura de eucaliptus (100 gramos por 600 de agua), como antiséptico y desinfectante.

TRATAMIENTO DE LA ICTERIA POR LAVATIVAS FRIAS. —*Por el Dr. Chauffard.*—El Dr. Chauffard ha ensayado, con muy buenos resultados, el nuevo método imaginado por Kruhl en Alemania para combatir la icteria. El tratamiento es muy sencillo.

Prescribe diariamente á los ictéricos una lavativa de agua simple, á la temperatura de 12° á 13° Reaumur el primer dia, de 15° á 16° el segundo, y 18°. á partir del tercero (1 litro para los niños y de 1 á 2 para los adultos). En todos los enfermos tratados de esta manera, hubo una mejoría rápida desde el principio del tratamiento, la intensidad de los síntomas generales disminuyó y las materias fecales adquirieron su coloracion normal desde el segundo ó cuarto dia. Para provocar y obtener la vuelta de la bílis al intestino bastan á menudo dos lavativas, no obstante que la cantidad de líquido que constituye estas lavativas es considerable, se soportan fácilmente durante cinco ó diez minutos. En cuanto á la curacion propiamente dicha, caracterizada por la coloracion morena de las evacuaciones y la desaparicion de la biliverdina, ha sido obtenida en el espacio de dos á ocho dias.

Es posible poder explicar la accion de este método por el aumento de la tension en las vías biliares obstruidas. La mucosa intestinal es el punto de partida de un reflejo que obra sobre la vesícula y las vías biliares extrahepáticas, provoca la contraccion de la pared musculosa de estos canales y determina una hipersecrecion biliar. Cada lavativa produce la salida de cierta cantidad de bílis que tiende á expulsar el tapon obturador. Es necesario que las lavativas sean abundantes (dos litros si es posible) y que el agua esté muy fría para acrecer la intensidad de estos reflejos; pero desde luego el método es inaplicable cuando se supone la existencia de la litiasis biliar ó de la angiocolitis calculosa.—*(Bulletin Général de Thérapeutique).*

FORMULARIO.

LA RESORCINA EN EL ECZEMA.— En un caso de eczema generalizado y otro que no habia respetado mas que las piernas, el autor, despues de haber agotado todas las medicaciones durante 6 meses, empleó una mezcla de resorcina y glicerina, mañana y tarde. Al cabo de 48 horas, los enfermos se sintieron notablemente mejorados, y una semana despues pudieron considerarse libres de esta afeccion.

Mr. Chace presenta, además, 6 enfermos de eczema localizado, en los que obtuvo 5 curaciones completas y una mejoría; en este último caso, el enfermo no pudo continuar el tratamiento con regularidad.—*(Journal de Med. de Paris).*

EL GAIACOL EN LA TÍSIS.—Sahli aconseja administrar á los tísicos al gaïacol, sustancia activa de la creosota.

Hé aquí su fórmula:

	gram.
Gaïacol puro........	2.00
Agua	180.00
Alcohol.............	20.00

Cucharadas ó cucharaditas para tomar dos ó tres veces por dia despues de cada comida, y un vaso de agua.

Debe conservarse el medicamento al abrigo de la luz en un frasco oscuro. *(Correspondenz.-Blatt für Schweizlr Aerzte).*

EL ÉTER EN EL SÍNCOPE Y EL CALAPSUS.

La muerte súbita es muchas veces debida á un síncope prolongado que por su duracion se hace mortal. La inyeccion hipodérmica de un gramo de éter sulfúrico, opera á veces verdaderas resurrecciones. Despues de un cuarto de hora, puédese repetir la dósis, sin peligro. Ciertamente, este medio no es nuevo, pero su eficacia es innegable.

TRATAMIENTO DE LA VAGINITIS *(Emmet).*

1º Irrigacion de agua caliente ligeramente fenicada.

2º Aplicacion sobre toda la mucosa vaginal y sobre la vulva de la solucion siguiente, por medio de un pincel:

	gram.
Agua destilada........	30.00
Nitrato de plata.......	2.50

h. s. a. solucion.

3º Tan pronto como las partes estén secas, se les cubre con una pomada de zinc, ó simplemente vaselina, y se aplica entre los labios un lienzo grueso de 8 centímetros cuadrados, que se internan lo bastante en la vagina, para que se mantenga colocado.

4º La enferma deberá hacerse todas las tardes, una inyeccion de agua caliente con el líquido siguiente:

	gram.
Agua....................	500.00
Clorhidrato de amoniaco...	5.00

h. s. a. solucion.

Colóquese nuevo ungüento, y un taponcillo de ouate embebido de glicerina con unas gotas de ácido fénico impuro despues de cada inyeccion.

IODOFORMO ANESTÉTICO Y CICATRIZANTE.

	gram.
Iodoformo	20.00
Cocaina pura.............	0.60

Mezclar exactamente y agregar:

Menthol............	1.00 gram.
Esencia de alhucema..	20 gotas.

Se obtiene una composicion, en la que no se percibe el olor del iodoformo.

Para destruir este olor de las manos del cirujano, le bastará lavárselas con una poca de esencia de trementina, y medio minuto despues con jabon ordinario. *(Der Fortschritt).*

TIP. DE DUBLAN Y COMP.

VOL. I. México, Abril 15 de 1888. NUM. 4

REVISTA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO BIMENSUAL DIRIGIDO POR EL DR. JOSE RAMOS.

DIRECCION Y REDACCION:
CALLE DEL ESPIRITU SANTO N.° 8,
DESPACHO DE LOS SRES.
E. DUBLAN Y COMP.
Administrador y propietario: Dr. Manuel Barreiro.
Apartado en el Correo núm. 619.

PRENSA EXTRANJERA QUE RECIBIMOS PARA LA FORMACION DE LA REVISTA:

"Gaceta Médica de Paris."—"Gaceta de los hospitales civiles y militares de Paris."—"Periódico de las Sociedades Científicas."—"Revista Científica."—"La Naturaleza."—"Gaceta Hebdomadaria."—"Revista de Medicina," de Bouchard, Charcot y Chauvau.—"Anales de las enfermedades de los órganos genito-urinarios."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Lúcas Championière.—"Periódico de Medicina de Paris," de Lutaud.—"Boletin de la Academia de Medicina."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Bruselas.—"El Electricista."—"El Tiempo Médico," de Filadelfia.—"El Registro Médico."—"El Mundo Médico."—"Anales de Ginecología," de Boston.—"La Lanceta," de Lóndres.

SECCION EDITORIAL.

OBSERVACION
relativa á un caso de
CANCER PLEURO-PULMONAR.

Es una verdad bien reconocida que los hechos excepcionales, los casos ú observaciones que salen del órden comun, nos enseñan más que multitud de hechos iguales.

Tambien cierto y muy cierto es, que los errores bien descifrados, averiguada su causa con lealtad y desinteres, constituyen otro manantial fructuoso de enseñanza.

Esta conviccion profunda, ha hecho que en el servicio de Clínica Interna que es á nuestro cargo, sirvan muy frecuentemente de tema á nuestras conferencias, no precisamente las observaciones en que hemos podido comprobar con toda escrupulosidad hasta el último detalle de nuestro diagnóstico, sino aquellas en que la duda está más ó menos justificada y fácilmente se cae en el error.

No está en nuestro sér, ni cabe en nuestro ánimo el engaño. Educados en la Escuela de los Jimenez, Villagran, Vértiz y otros ilustres maestros, quédanos la satisfaccion de haber heredado su lealtad y honradez médica, ya que la naturaleza nos privó de heredar sus aptitudes y talento.

Hecha esta aclaracion indispensable á los lectores de la "Revista Médica de México," ya se comprenderá, que con igual objeto elegimos para asunto, el recuerdo de un hecho clínico que ofrece interes por no ser tan comun y por prestarse á interpretaciones erróneas.

A principios de este año, hallamos en la cama núm. 2 de nuestro servicio del Hospital San Andrés un enfermo[1], cuya historia compendiaremos brevemente.

Quejándose de ansiedad, fatiga, tos seca y dolores ligeros al costado izquierdo, nos refirió que hacia seis meses habia sufrido un dolor vivo en el costado derecho, despues tos frecuente, calentura y extension rápida de los dolores hácia el lado izquierdo, hasta el punto de impedir por completo su trabajo. Poco á poco los dolores habian ido disminuyendo, la calentura continua habia desaparecido, persistian: la tos seca, fatiga y dificultades para el decúbito lateral derecho, hasta el grado de hacérsele imposible en los últimos dias dicha actitud, aún por cortos momentos.

Entre los antecedentes referia haber sido puncionado del torax tres veces por el Sr. Terrés, Jefe de Clínica en el citado servicio, y rectificado el dato, supimos por el mismo Sr. Terrés, que en efecto habia repetido la

(1) Queda registrado en la Comisaría de San Andrés, con estos datos: Jesus Leon, de Querétaro, de 49 años de edad, viudo, jornalero. Entró el 9 de Diciembre de 87, murió en la cama núm. 2 del servicio de Clínica Interna del 3er. año el 25 de Febrero de 1888.

puncion obteniendo en cada una, cantidades considerables de líquido hemorrágico, bastante fluido y revelando en el microscopio abundante proporcion de glóbulos rojos marchitos.

Procedimos al exámen minucioso del enfermo, y trasladaré aquí un compendio de lo que encontramos, refiriéndonos á lo más esencial: De edad de 49 años, este individuo ofrecia á la inspeccion del torax, una de las deformaciones accidentales más exageradas que me haya sido dable observar: hácia atrás como hácia adelante el costado izquierdo abombaba extraordinariamente, haciendo aparecer como hundidas las regiones sub-clavia y mamaria derechas, así como la escapular y sub-escapular del mismo lado. Sin embargo, el exámen atento del torax revelaba la anomalía en el lado izquierdo, máxime cuando por la inspeccion dinámica, manifiestamente observábamos la completa inmovilidad del lado izquierdo, resaltando con lo marcado de la excursion costal en el lado derecho. Aun era dable apreciar otros fenómenos importantes por la inspeccion. Refiérome á movimientos pulsátiles regulares y frecuentes, percibidos claramente entre la tetilla derecha y el esternon, faltando por completo en la region precordial.

La medida circunferencial del torax hácia la base, dejaba apreciar sobre tres centímetros de diferencia en más, al lado izquierdo.

La palpacion sin resultado positivo á la izquierda—donde por completo faltaban las vibraciones—hacia percibirlas con claridad, más aún, exageradas en todo el lado derecho. La palpacion en el pecho, rectificaba los datos de la inspeccion, falta absoluta de vibraciones en el lado izquierdo y falta tambien de latidos del corazon en la region precordial; á la derecha exageracion de vibraciones y latidos cardiacos claros, del 3° al 5° espacio intercostal derecho sobre la region mamaria.

Sonido de la percusion absolutamente mate á la izquierda, bien sonoro á la derecha, salvo en la zona de latidos correspondientes á los espacios intercostales citados.

Auscultacion da resultados análogos: mudo el lado izquierdo: respiracion pueril á la derecha, ruidos del corazon correspondiendo claramente á la zona de latidos.

Para completar el estudio del torax en la misma sesion y con una jeringa de Pravaz, se le punciónó por el costado en el 8° espacio intercostal: la aspiracion llenó el cuerpo de bomba de la jeringa, de un líquido seroso, rojizo y con los caractéres microscópicos apuntados ya.

Se completó el estudio del enfermo tomando nota de la frecuencia de su respiracion, que era de 25 á 30 minutos; pulso á 110, temperatura normal en mañana.

El exámen del vientre dejó notar abultamiento doloroso en el hipocondrio derecho, exagerando las dimensiones del hígado sobre todo hácia abajo. Los intestinos y demás órganos, bien. Ligero edema en los miembros inferiores, más acentuado en los superiores, particularmente el izquierdo; edema de la cara y cuello á la izquierda.

Este es, en resúmen, el cuadro de síntomas observados. ¿Cuál deberia ser su interpretacion?

Reproduzco brevemente algunas de las ideas que emití á los alumnos cursantes de clínica, al ocuparnos de este enfermo:

Una parte del diagnóstico está hecha por sí sola con la más concisa relacion de accidentes:

Abultamiento del torax á la derecha; falta de vibraciones; inmovilidad completa; matitez del vértice á la base y falta de respiracion al auscultarle, no tiene todo esto otra interpretacíon que la siguiente: derrame abundante en la pleura izquierda, produciendo desviacion del corazon, compresion de los vasos gruesos y edema consecutivo. Para completar este juicio, la jeringa de Pravaz nos lleva un gramo de contenido y puede entonces expresarse: *derrame pleural hemorrágico.*

La segunda parte, el diagnóstico etiológico, es la más esencial, la más importante de plantear. A ella deberia subordinarse el pronóstico y el tratamiento.

¿Ante qué especie de derrame nos hallábamos?

Con las cualidades expresadas, era la *pleuresía hemorrágica* y esta forma de pleuritis frecuentemente corresponde ó bien á la tuberculosis miliar pleuro-pulmonar, ó al cáncer. Puede ligarse aún el escorbuto, púrpura, etc.; nada semejante habia aquí para aceptar esa idea y solo podia vacilarse entre el cáncer de la pleura, ó la pleuresía simple hemorrágica.

Discutamos por un momento las dos opiniones:

El cáncer de la pleura como enfermedad primitiva, es excesivamente raro, tanto que apenas se cita como caso sin réplica ó reproche, el de Lepine, presentado á la Sociedad Anatómica en 1860. Teissier refiere otro, observado en su Clínica en 1881. En 16 años de tratar buen número de enfermedades internas no me ha sido dable observar un solo hecho de esta especie, pues los cánceres de la pleura y pulmon que he tratado, han sido siempre por metástasis de otros órganos, ó en la mujer como lo señalan muy bien todos los autores, por propagacion del cáncer de la mamila.

Mas aún, los antecedentes de nuestro enfermo son negativos en ese sentido. No recuerda con precision la causa de muerte en sus padres; pero nada refiere, ni aún de sus otros parientes, que se pueda considerar como canceroso. Faltan en suma los antecedentes, faltan en él de un modo manifiesto los datos para diagnosticar el cáncer en algun otro punto.

Por otra parte, ¿corresponde el cuadro sintomático á esa enfermedad? Se menciona como propio á ella, dolores vivos, dispnea exagerada, tos y hemoptisis. Han faltado en totalidad: la dispnea no ha sido exagerada, y de cualquier modo que fuese obedecia á la supresion completa de un pulmon, en la importantísima funcion respiratoria. Quedaba en pié el hecho de hacer el derrame *hemorrágico* y *no haber curado* por las diversas punciones practicadas.

Evidentemente esa circunstancia era digna de llamar la atencion. Veamos la explicacion que podia darse:

Admitiendo la enfermedad como *pleuresía hemorrágica*, hé aquí el encadenamiento natural de todos los fenómenos, ligándolos sin gran gimnasia intelectual, con los antecedentes buenos ó malos suministrados por el enfermo.

El dolor de costado sentido á la derecha, seis meses atrás, significaba una pleuresía franca, porque se acompañó de calentura, tos seca y dolor. Resuelta favorablemente, esta pleuresía se propagó al lado izquierdo, adquiriendo allí mayor intensidad y produciendo exudado líquido que constituyó brevemente un gran derrame. La indolencia característica de nuestro pueblo para atenderse en sus padecimientos, indolencia marcadísima en nuestro enfermo, le hizo ver con deplorable apatía sus sufrimientos, y dejó correr cinco meses de la enfermedad antes de tratarse en el Hospital de San Andrés. Un derrame abundante, de cualquiera especie que sea, si permanece por largo tiempo en la cavidad pleural, acaba de inutilizar el pulmon por sí solo, sin necesidad de adherencias ú otras trabas que mecánicamente impiden el desplegamiento del órgano una vez verificada la extraccion del líquido. Ese derrame tratado posteriormente, se vuelve ya *derrame necesario.* Las punciones no le curan, son hasta peligrosas cuando se exagera el vacío en los aparatos, y exponen formalmente la vida de los enfermos, ya por hemorragia, ya por ruptura del pulmon comprimido.

En el caso presente era explicable *la falta de curabilidad* despues de las punciones, por la causa citada, por haber sido tardía la intervencion que el enfermo no buscó oportunamente.

La atelectasia del pulmon, bien señalada por Friedelben, estudiada completamente por nuestro célebre clínico, el Dr. Miguel Jimenez, debia ser el motivo claro de un *derrame necesario.* Y constituido así, por benigno que se le suponga, seroso citrino, seroso hemorrágico, no podria desaparecer, á menos que la naturaleza produjese la retraccion completa del torax en el lado correspondiente.

A estas consideraciones debia agregarse otra de que el médico no puede prescindir, referente á las condiciones de frecuencia en ciertas enfermedades. La pleuresía bajo todas sus formas, es bastante comun entre nosotros, y con los accidentes referidos nos es dable observarla repetidas ocasiones. El cáncer pleuro-pulmonar primitivo excesivamente raro, y yo al menos no conocia ni habia seguido jamás un hecho propio.

Deduccion natural: Posible es que se trate en el caso presente de un *cáncer pleural;* pero me parece más probable que los accidentes se refieran á una *pleuresía hemorrágica,* no curada por haber sido tardía la intervencion.

Hice presente á los alumnos, que de uno ú otro modo, el hecho ofrecia grande enseñan-

za. *Canceroso*, nos mostraba cómo podia existir una lesion tan profunda con todas estas condiciones, si no anómalas, por lo menos raras: 1°, lesion primitiva. 2°, muy avanzada sin ocasionar grandes dolores, ni fatiga extraordinaria, ni la más ligera hemoptisis. *Pleuresía hemorrágica*, ofrecia la rareza de su intensidad, su persistencia, más propiamente hablando, su incurabilidad.

Como pronóstico no podia vacilarse; en una ú otra suposicion el caso era perdido: la gravedad provenia particularmente del síntoma esencial, mejor dicho, del resultado de la enfermedad "la existencia de enorme cantidad de líquido, cuya extraccion era imposible" y cuya presencia por sí sola, determinaba serios accidentes.

El tratamiento no podia instituirse de otro modo que formulando medicamentos propios para sostener las fuerzas de nuestro enfermo.

Así trascurrió gran parte del mes de Febrero. Sin dolores vivos, sin molestias exageradas, el enfermo se consumia gradualmente. Llegó la ocasion en que le fuese imposible tomar alguna actitud medianamente cómoda: apareció un dolor vivo al costado derecho, y reconocido prolijamente le hallamos una pleuresía seca bastante extensa. Aumentando la fatiga, le propuse se resignara á una nueva puncion, que si de seguro no le curaba, podria al menos mejorar sus malas condiciones, disminuyendo en parte la terrible presion interior á que estaba sujeto. Aceptó, á condicion de ser puncionado con trocart delgado y sin el aparato de aspiracion. Lo hice así; por otra parte, yo mismo temia extraer gran cantidad de líquido, pensando en la posibilidad del síncope, ya por la modificacion en las condiciones de la presion interior, ya por la vuelta del corazon á su local propio. Armado con un trocart delgado y con la camisa de Reybard que nos ponia á cubierto de la penetracion del aire, hundí el punzon por el 8° espacio intercostal izquierdo poco atrás de la línea correspondiente al borde posterior de la axila. Inmediatamente que retiré la aguja de la cánula, un chorro rojizo golpeó mi mano y ensució mi ropa. La presion era exagerada: el chorro podia bien llegar á la cama inmediata, distante por lo menos una vara. Bajé la tela cilíndrica atada al cuello de la cánula; en el acto se llenaba y vaciándola y llenándola alternativamente, llegó á rebosar una bandeja grande en que recibiamos el líquido. Entre tanto, se manifestaron algunos síntomas molestos: la tos, entre otros, tenaz, dolorosa, acompañada de fatiga y debida al pulmon derecho que rechazado tambien á la derecha por el derrame izquierdo, volvia á ocupar su lugar. Las súplicas del operado por que detuviese yo el abundante escurrimiento y mis temores, me obligaron al fin á tapar la cánula y extraerla brevemente. El exámen microscópico del líquido nos hizo ver aún mayor número de glóbulos rojos que la vez anterior.

El estado local no se habia modificado en lo más mínimo; por ninguna parte sonido claro: muy al contrario, matitez perfecta del vértice á la base. Continuó la gravedad, acentuándose más de dia en dia, y por fin el dia 25 de Febrero sucumbió nuestro enfermo.

Reuní á los alumnos en el Anfiteatro, y antes de abrir el cadáver les recordé muy detalladamente los puntos culminantes de la historia cuyo epílogo íbamos á conocer.

Insistí de nuevo en el juicio que me habia formado de la enfermedad y procedimos luego á arrancar el secreto de las anomalías observadas, por medio de una inspeccion cadavérica escrupulosa.

Alzada la pared del vientre se reveló todo el misterio á nuestra vista. Un extenso carcinoma del hígado, ocupando el borde libre por núcleos amarillentos, duros, del tamaño de un garbanzo los más pequeños, gruesos como un huevo de gallina, los mayores sobre la convexidad de la víscera; eran estos los que se comunicaban con la pleura izquierda y mediastino anterior formando masas compactas y tan unidas á la envoltura del corazon, que hacian cuerpo con ella y daban la apariencia de estar absolutamente desviado el órgano á la derecha. El pulmon izquierdo habia desaparecido, algunos detritus indefinibles nadaban entre el líquido hemorrágico que llenaba por completo la mitad izquierda del tórax.

Nunca me habia sido dable observar, compatibles con la vida, alteraciones tan profundas.

El cáncer tocó muchos órganos, degenerándoles ó destruyéndoles por completo.

A ser cierta la relacion del enfermo, que antes hemos formulado, aquel padecimiento

adquirió su completo desarrollo en el espacio de seis meses.

Su principio habia sido, no una pleuresía derecha como erróneamente interpreté, sino la degeneracion carcinomatosa del hígado, pasando despues á la pleura y pulmon izquierdos, produciéndose allí el derrame hemorrágico falsamente atribuido por mí á pleuresía hemorrágica.

Esta importante observacion deja en pié las dos verdades admitidas: "la pleuresía hemorrágica, cura fácilmente" aquí no curó porque no era simple. Otra: "el cáncer primitivo de la pleura es un hecho raro, negado aún por algunos autores." Este caso no hace excepcion: se propagó de otros órganos, ya por contigüidad, ya por metastasis.

Tal es la relacion sencilla de los hechos, con la interpretacion que se les dió durante la vida del enfermo. Muchas reflexiones pueden hacerse con respecto á este caso que suprimimos por ahora, dejando solamente iniciado el punto del debate. Concluiremos, señalando sí, la posibilidad de la falta de síntomas característicos, cuando la lesion ha determinado pérdida completa de vasos, nervios y aun órganos enteros como el pulmon izquierdo.

México, Abril de 1888.

DEMETRIO MEJIA.

UN CASO
DE
PARALISIS DEL NERVIO ACUSTICO

Casi todos los autores que se ocupan de la historia, y aun los mismos especialistas, hacen punto omiso de las perturbaciones que á veces se presentan en los nervios de sensibilidad especial, lo cual se debe, sin duda alguna, á la rareza de éstas. En efecto, si es frecuente observar en dicha neurosis perturbaciones de la sensibilidad, tales como hiperestecia ovariana, clavo histérico, neuralgías, miosalgías, hemianestecia, etc., de la movilidad, como son las parálisis y las contracturas, es muy raro que tales desórdenes se presenten en los nervios de sensibilidad especial. Es cierto que Charcot, Rosenthal y algunos otros nevrologistas nos hablan de la pérdida temporal ó definitiva, parcial ó total, de alguno de los órganos de los sentidos, por ejemplo, del gusto, del olor, del oido, y aun de la vista (acromatopsía, discromatopsía); pero en estos casos, que por cierto son comunes, se trata simplemente de la *hemianestecia*, siendo, por consiguiente, las parálisis, pura y exclusivamente *unilaterales*. Si es, pues, frecuente observar en las histéricas parálisis unilaterales, es, en cambio, muy raro encontrarlas dobles, y sobre todo, inveteradas, persistentes y absolutamente rebeldes á toda medicacion. Voy, con tal motivo, á ocuparme de un caso interesante en mi concepto bajo el doble aspecto del diagnóstico y del tratamiento.

La señorita N. N., de diez y ocho años de edad, bien constituida, de temperamento sanguíneo-nervioso y con todas las apariencias de la mejor salud, comenzó repentinamente á sentir furiosos accesos de histeria, á consecuencia de una fuerte impresion moral: accesos que se presentaban casi diariamente, ya bajo la forma vaporosa de los antiguos, ya tambien bajo la forma convulsiva, con sus variedades tónica y clónica perfectamente caracterizadas. Estos *ataques*, que eran muy frecuentes, daban lugar, al terminar, á un estado de síncope que á veces se prolongaba mucho tiempo para simular la muerte real, ó bien á un éxtasis que coincidia con el estado cataléptico del sistema muscular. En el intervalo de los ataques, nuestra enferma presentaba *au grand complet* los síntomas unívocos del histerismo en su más franca expresion: es decir, una alteracion constante en la personalidad moral, sensible y afectiva, irritabilidad de carácter, impresionabilidad exagerada, manifestaciones invencibles y repentinas, ya de tristeza, ya de placer; ó bien fenómenos de un órden material, tales como accesos de palpitaciones, alteraciones digestivas, congestiones periféricas por parálisis de los vasos constrictores, sofocacion inminente, etc. Despues de sufrir así por mucho tiempo las manifestaciones de esta ataxia cerebro-espinal, fueron desapareciendo paulatinamente, á pesar del pésimo tratamiento que se observó; á tal grado, que pasó algunos años en el estado fisiológico más perfecto posible. Desgraciadamente una nueva impresion moral (el asesinato de un pariente inmediato), originó, otra vez más, una série de ataques, despues de ca-

da uno de los cuales quedaba la enferma con alguna grave perturbacion, ya de la sensibilidad, especialmente la hemianestecia completa, ó ya de la motilidad, contracturas, paraplegia ó hemiplegia y espasmos viscerales. Asistida entonces racionalmente por el malogrado Dr. Salazar y Murfhí, logró ver desaparecer poco á poco estos ataques, que tanto la afectaban, quedándole, sin embargo, una sordera doble completa, absoluta, verdadero *reliquat* de aquella tempestad orgánica que persistió muchos años, á pesar del tratamiento mejor dirigido y más apropiado.

Así las cosas, y deseando sus parientes encontrar un remedio para defecto tan grave, trajeron á la paciente á México para consultar con nuestras eminencias médicas; y con tal objeto la presentaron al sabio é inolvidable maestro Dr. Rafael Lucio, que, asociado al eminente clínico Dr. I. Velasco, practicó un minucioso exámen, particularmente del órgano del oido, llegando en último análisis á formular el siguiente diagnóstico: "parálisis nerviosa histérica del nervio acústico." No podia ser, en efecto, otra cosa, pues que no se encontró ninguna lesion material apreciable, ni en el conducto auditivo externo, ni en la caja, ni en la trompa de Eustaquio, ni en la roca; á lo cual debe agregarse que la pérdida del oido fué repentina, á consecuencia del último ataque histérico que habia tenido, y que la sordera era en ella tan completa que no percibia siquiera las vibraciones de un timbre colocado en diversas regiones de la cara.

Hecho el diagnóstico más concienzudo, ¿cuál debia ser el tratamiento? Los Sres. Lucio y Velasco acordaron hacer uso de la electricidad, la hidroterapia y la estricnina; pero como la enferma tenia necesidad de regresar á la provincia donde yo ejercia por aquella época, el Sr. Lucio me escribió para que me hiciese cargo de ella recomendándome mucho observase el tratamiento supradicho. Con la mayor satisfaccion acepté tal recomendacion, y por espacio de tres meses seguí al pié de la letra las indicaciones de mi maestro, que á mi pesar hube de suspender, por el retorno de los ataques que se presentaron esta vez con la misma intensidad, particularmente cuando le aplicaba la electricidad. Prescindí tambien de la hidroterapia así como de la estricnina, á causa de la hiperestecia general que la dominaba; y en una palabra, la dejé por mucho tiempo absolutamente sin ningun tratamiento, casi convencido de la impotencia de la Terapéutica. En este intervalo tuve ocasion de asistir á muchos enfermos atacados de impaludismo crónico inveterado, que afectaba todas las formas y tipos clínicos conocidos y llegando en algunos hasta la caquexia confirmada. Usé y aun abusé del sulfato de quinina sin haber alcanzado ningun resultado favorable; pero en cambio obtuve un éxito brillante y satisfactorio en la mayor parte de mis enfermos, con la administracion de la quina *in natura*. De paso advertiré que mi excelente amigo el sabio naturalista Dr. Hugo Fink, de Córdova, me aseguró haber observado lo mismo que yo en idénticos casos. Este hecho me condujo por analogía á tratar á mi enferma, abandonada hacia ya muchos meses, por la nuez vómica en lugar de la estricnina; y comencé á administrársela bajo la forma de tintura, aumentando metódicamente la cantidad hasta llegar á dósis verdaderamente tóxicas. Al cabo de tres meses y cuando los síntomas precursores del envenenamiento comenzaban á presentarse; cuando estaba yo á punto de suspender el tratamiento por temor de un desastre, esta enferma, que padeció por espacio de cuatro años de una sordera tan absoluta, oyó repentinamente, habiendo presentado algunas horas antes una contractura de los músculos maseteros, especie de trismus convulsivo, constriccion de la faringe con sensacion de hormigueo, y una excitacion general del sistema nervioso; accidentes todos que desaparecieron luego espontaneámente, habiendo quedado ella en el estado más satisfactorio posible.

Hé aquí un caso de parálisis del octavo par perfectamente caracterizado, y en el cual se ve palpablemente la accion eficaz de la nuez vómica, así como su superioridad respecto de la estricnina pura. Yo bien sé que Jacoud, Romberg Hasse, Brodic y otros observadores, atribuyen estas parálisis á la paresia cerebral, á la apatía voluntaria *(abulia)*, asegurando que excitaciones psíquicas muy vivas ó el anuncio pomposo de una nueva medicacion, producen á veces curaciones que tienen toda la apariencia del milagro; pero en el presente caso, semejante patogenia no puede admitirse, ya por el vehemente deseo de la enferma

para curarse (pues que la sordera constituia un grave inconveniente para su casamiento), como porque se hicieron infinitas pruebas para convencernos de que se trataba de un hecho real y positivo y no de una superchería. Bien sé tambien que un solo caso no basta para fundar la existencia de una medicacion, por racional que sea; pero el que ahora presento, es en mi concepto original y digno de llamar la atencion de los prácticos, especialmente de los que se dedican al misterioso estudio de la nevrología.

DR. CARLOS TEJEDA GUZMAN.

CONSIDERACIONES

DE DIÓPTRICA FISIOLÓGICA SOBRE EL PUNTO PRÓXIMO, EL PUNTO REMOTO Y LA AMPLITUD DE LA ACOMODACION.—APLICACIONES PRÁCTICAS DEL MÉTODO DE DONDERS PARA LA DETERMINACION DE ESTOS VALORES.

(Concluye).

De una manera análoga demostraria que N′ representa en los tres estados de refraccion el valor de $\frac{1}{P}$. En efecto, siendo N′ el vidrio cóncavo más fuerte que en el emétrope, en el miope y en el hipermétrope, se necesita, para que puedan ser leidos los mismos caractéres que en el caso anterior, es claro que al emplearlo se obliga al ojo á acomodar lo más posible, puesto que la lente supuesta hace que diverjan al máximo los rayos luminosos, y que en virtud de un esfuerzo supremo de acomodaciones, el ojo pueda reunirlos aún en la retina. Se pone por lo mismo al ojo en las mismas condiciones que cuando el objeto más próximo posible, y en virtud de la propiedad ya citada de las lentes, el radio de curvatura de la que está representada por N′, iguala la distancia del punto próximo. En una palabra, N se refiere al estado enteramente estático, y N′ al esencialmente dinámico del ojo. Si en la fórmula (1) se pone N, N′ y A, y en la fórmula segunda se pone la unidad dividida por P, P y A, esto se explica fácilmente, recordando que en el sistema métrico de dioptrías, conocido el valor N, N′ ó A de una lente en dioptrías, basta dividir la unidad por estos valores, para obtener sus radios de curvatura

$$\frac{1}{N}, \frac{1}{N'} \text{ y } \frac{1}{A} \text{ ó } \frac{1}{P}, \frac{1}{P} \text{ y } \frac{1}{A},$$

como acabo de demostrar. Así, pues, la ecuacion (1) se refiere á los valores en dioptrías, y la (2) á distancias lineales. He entrado en estos desarrollos, porque ni en Badal ni en ningun otro autor que yo conozca he encontrado una explicacion de los hechos fisiológicos á que estas fórmulas se refieren, y es su estudio minucioso el que me ha sugerido estas ideas, así como las que voy á exponer á continuacion.

¿Cómo explicar la contradiccion aparente entre ambas ecuaciones? Buscando una explicacion que he logrado encontrar, obtuve tambien el medio para determinar no solo la amplitud de la acomodacion, como lo ha hecho Badal en funcion de N y de N′ sino tambien el valor del punto próximo y del remoto, cada uno de ellos en funcion del otro y de la amplitud de la acomodacion, de manera que conocidos dos de estos términos se puede determinar el otro por el método de Donders, cualquiera que sea el estado de refraccion del ojo.

Para demostrar primero que la contradiccion entre las ecuaciones (1) y (2), es puramente aparente, basta reflexionar que los signos algebráicos en ambas ecuaciones son solamente relativos: para comprenderlo con claridad, voy á considerar separadamente el caso en cada uno de los tres estados de refraccion:

1° En el emétrope la fórmula (1)

$$A = N - N',$$

se convertirá en

$$A = N'. \quad (3)$$

En efecto; el valor del vidrio cóncavo, más débil que el emétrope, necesita para ver de lejos los caractéres de la escala, es igual á 0, puesto que dicha lente es un vidrio plano; en cuanto al valor de N′ es negativo, por ser una lente cóncava, que por ser divergente tiene en dióptrica el signo menos; así, pues, la fórmula (1) se escribiria algebráicamente de esta manera:

$$A = 0 - (-N') = N'.$$

De la misma manera en el emétrope la ecuacion (2)

$$\frac{1}{A} = \frac{1}{P} - \frac{1}{R},$$

se trasformará en

$$\frac{1}{A} = \frac{1}{P}. \quad (4)$$

En efecto, estando el punto remoto situado al infinito en el caso de emetropía, $R=\infty$ y por consiguiente $\frac{1}{R}=0$.

Ahora bien, compárense las fórmulas (3) y (4), y se verá que le corresponden exactamente.

2° En el miope la fórmula general (1)

$$A=N-N',$$

se convertirá en esta otra:

$$A=N'-N.$$

En efecto, puesto que N y N' son lentes cóncavas y por lo tanto divergentes, tienen ambas un valor negativo, y algebráicamente la fórmula debe escribirse:

$$A=-N\ (-N')=N'-N.\ (5)$$

De la misma manera la ecuacion general (2)

$$\frac{1}{A}=\frac{1}{P}-\frac{1}{R}\ (6)$$

quedará del mismo modo, pues encontrándose el punto próximo y el remoto en el miope, más acá del infinito, tienen ambos el mismo signo y es la cantidad más pequeña $\frac{1}{R}$, la que debe sustraerse de la mayor $\frac{1}{P}$. Esta que la teoría indica está de acuerdo con la práctica, pues si la sustraccion se hiciera del modo opuesto, resultaria un absurdo tan grande como el de que la amplitud de la acomodacion fuese negativa. Comparando la fórmula (5), con la (6), se ve que le corresponden exactamente.

3° Por último, en el hipermétrope la ecuacion general (1)

$$A=N-N'$$

se convertirá en

$$A=N+N'.\ (7)$$

En efecto, puesto que en el hipermétrope N representa una lente convexa, ésta, por ser convergente, debe llevar el signo positivo; en cuanto á W' que representa una lente cóncava, y por lo mismo divergente, debe quedar con el signo negativo; así, pues, tendriamos:

$$A=N-(-N')=N+N'.$$

En cuanto á la fórmula general (2)

$$\frac{1}{A}=\frac{1}{P}-\frac{1}{R},$$

deberá escribirse en este caso:

$$\frac{1}{A}=\frac{1}{P}+\frac{1}{R}.\ (8)$$

En efecto, en el caso del hipermétrope el valor total de la acomodacion se obtiene añadiendo, y no quitando, al exceso de refraccion que se necesita para ver el punto próximo, la suma de refraccion necesaria para ver al infinito, puesto que en la hipermetropía, el ojo en el estado estático, solo ve los rayos convergentes ó que en el sentido matemático de la palabra, recibe más allá del infinito; por consiguiente, la cantidad $\frac{1}{R}$, debe añadirse y no quitarse á $\frac{1}{P}$. Si se compara las fórmulas (7) y (8), se ve que, como en los casos anteriores, se corresponden exactamente.

Despues de haber demostrado, como creo haberlo hecho, que no hay contraposicion entre las ecuaciones cuyo estudio acabo de hacer, me ocuparé de las consecuencias que de ellas resultan y de los servicios que prestan en la práctica, para determinar en un caso dado, el valor de cada uno de sus términos, conocidos los otros dos, lo que formará el objeto de un artículo especial.

México, Marzo 12 de 1888.

DR. JOSE RAMOS.

REMITIDOS CIENTIFICOS.

EL MASSAGE EN GINECOLOGIA.

(Traducido directamente del Aleman, para la "Revista Médica de México").

Aunque ya algunos médicos habian intentado aplicar este procedimiento como medio curativo en las enfermedades de los órganos genitales de la mujer, débese el primer estudio serio que de él se hizo y la creacion del método, á un médico sueco llamado Brandt.

Las primeras curaciones llamaron la atencion de los círculos médicos de su patria, y naturalmente surgió una viva polémica sobre la eficacia de este nuevo tratamiento.

Muchos dudaron que por este sistema pudieran corregirse las desviaciones uterinas y las caidas de la matriz, y reprochábanle el que con estas manipulaciones determinase excitaciones muy fuertes en las mujeres.

Atacado tan rudamente el sistema de Brandt, no traspasó las fronteras de Suecia. El Dr. Norström que estuvo algunos dias al lado de Brandt, publicó en Paris uu opúsculo titulado: *Traitement du maladies des femmes au moyen de la mèthode des massage*, en el cual referia algunos éxitos obtenidos por ese tratamiento. El único discípulo de Brandt que haya trabajado largo tiempo á su lado y seguido estrictamente su sistema, es el Dr. Nissen

de Cristianía. En la literatura alemana he encontrado algunas apreciaciones sobre el valor científico de este procedimiento que ha sido favorablemente acogido por unos, muy limitado en sus indicaciones por otros y rechazado en lo absoluto por los últimos.

Como interesase mucho este asunto al profesor Bandl, de Viena, y queriendo adquirir datos positivos acerca de los resultados que tanto habian excitado su atencion, logró interesar á un médico austriaco, el Dr. Profanter, á trasladarse á Stockolmo á fin de cerciorarse de la realidad. Este doctor consiguió que Brandt viniese con él á Alemania y que ensayase su método en una clínica ginecológica. El Dr. Profanter ha publicado recientemente en una monografía intitulada: "*Die massage In der Gynækologie*" los resultados obtenidos por Brandt en la clínica ginecológica del profesor Schulz de Yena. Poco antes que llegase Brandt á esa ciudad me trasladé allí con el objeto de ver de cerca y estudiar el nuevo procedimiento. Debo confesar que todo lo que habia yo leido hasta entonces no me satisfacia, y que mi admiracion por los resultados obtenidos por Brandt, subió á tal punto, que me decidí á acompañarlo á Stockolmo para continuar allí las experiencias y *adquirir á su lado la habilidad técnica necesaria* para poder despues emplearla fructuosamente.

No es mi idea, al comunicar aquí mis propias experiencias y fijar sus indicaciones, el emitir un juicio decisivo sobre este método, sino el llamar fuertemente la atencion de los médicos, á fin de que en vista de esas experiencias puedan llegar á convencerse del valor de este sistema.

El massage ha dado brillantes resultados en las siguientes afecciones de los órganos genitales de la mujer:

I. En las inflamaciones crónicas y subagudas del tejido celular de la pélvis, y dislocaciones y desviaciones de la matriz y de sus anexos como resultado de estas inflamaciones.

II. En la metritis crónica.

III. En el hematocele retro-uterino.

IV. En el relajamiento del aparato ligamentoso sustentador del útero, descenso y prolapso de la matriz.

Las contraindicaciones son fáciles de deducir. El massage está absolutamente contraindicado, en la pélvi-peritonitis aguda, en las afecciones gonorreicas de las anexas de la matriz y en la metritis aguda. Es fácil explicar la accion fisiológica del *massage* en las afecciones que constituyen el primer grupo. En efecto, se trata por medio de movimientos de vaiven y de rotacion de activar el funcionamiento de los tejidos, y hacer penetrar de este modo los productos inflamatorios á la circulacion linfática, facilitando la reabsorcion de éstos por un aumento de la circulacion capilar. Para hacer desaparecer las cicatrices antiguas y resistentes es necesario hacer un *massage* muy enérgico. Reibmayr ha publicado una corta descripcion del método para ejeccutar el massage bajo el título de "El *massage* en los diferentes ramos de la medicina" y muy poco tendré que añadir, porque por hábiles y minuciosas que sean las descripciones que se hagan de las maniobras, enseñan menos que el aprendizaje que resulta de verlas ejecutar. *Centralblatt für die Gesammte medicin.* Núm. 32, 1887.

Es absolutamente necesario introducir el dedo índice de la mano izquierda en la vagina y comprimir con éste las partes inflamadas contra las paredes abdominales, mientras que la otra mano ejecuta el *massage.*

El Prof. Asp ha modificado el método de Brandt, suprimiendo el dedo de la mano izquierda y ejecutando las maniobras solamente por fuera.

Prochownik, en la conferencia que dió en el Congreso de Naturalistas de Magdeburgo, recomienda únicamente el *massage* exterior.

Naturalmente, con esta modificacion se suprimen las irritaciones genitales, pero á su vez no se tiene seguridad en el tratamiento, en primer lugar, porque la curacion es más tardía, y en segundo, porque es difícil comprender cómo puede ser posible obrar directamente sobre las cicatrices parametríticas adheridas profundamente á los pliegues de Douglas y sobre las adherencias ováricas y del útero mismo. En el *massage* de los órgauos genitales de la mujer, debe tratarse de comprimir justamente la parte enferma para valorizar asi la fuerza que debe emplearse. En los exudados antiguos es muy ventajoso emplear el *massage* dos veces por dia, teniendo cuidado, sin embargo, de no prolongar las sesiones más de 5 ó 6 minutos, pues suele á veces haber ligeras elevaciones de temperatura durante la noche, que no tienen ninguna significacion, pero que deben tener al médico en acecho, por temor de una elevacion considerable. Cuando ya se ha visto que la reabsorcion principia, debe prolongarse más la sesion y hacer el procedimiento con más energía. Como ya hemos dicho, el dedo índice de la mano izquierda debe ser introducido en la vagina; pero en algunos casos, principalmente cuando las adherencias de la matriz son muy altas, se obtendria una gran ventaja introduciendo el dedo índice profundamente dentro del recto mientras que el pulgar de la misma mano fija la porcion vaginal sobre la que se quiere obrar directamente. La mayor parte de los autores recomiendan no usar del *massage* durante el tiempo de la menstruacion. Nissen, sin embargo, aconseja lo

contrario. Segun las experiencias que yo mismo he hecho, no puedo menos que adherirme á su opinion. Se sabe efectivamente que durante el período menstrual se deben evitar las compresiones fuertes y las malaxaciones; pero por otra parte, en este tiempo, la fuerte congestion que se determina en los órganos pélvicos favorece extraordinariamente la reabsorcion; en todas las experiencias que he hecho durante el período menstrual, he observado siempre una rápida mejoría y nunca una agravacion del mal. Todas las mujeres que se han resuelto á seguir el tratamiento durante los períodos menstruales, han sido curadas en un tiempo más corto que las otras. No tengo ninguna experiencia al recomendar la combinacion del *massage* con las inyecciones calientes que para combatir los exudados antiguos y resistentes usan Runge y Prochownik.

Rosenstein ha publicado un caso de hematocele retro-uterino curado por el *massage;* Profanter ha publicado otro, y Prochownik, que recomienda igualmente el uso del *massage* en esta enfermedad, aconseja no comenzar el tratamiento sino de 6 á 8 semanas despues que el hematocele ha aparecido; yo creo, sin embargo, que no debe esperarse tanto. En el caso descrito por Profanter, se comenzó el *massage* ocho dias despues de la presencia del hematocele; en otro que yo ví con Brandt, comenzó 14 dias despues; el resultado fué verdaderamente extraordinario: la reabsorcion se hizo rápidamente y la mujer quedó completamente curada en algunas semanas. Es cierto que en esta enfermedad, un tratamiento espectativo conduce al mismo fin; pero con el *massage* se activa la curacion y se alivia, por consiguiente, á la enferma, de las molestias que le origina su mal. En esto, como en todo, no se puede establecer una regla general, sino que debe atenderse á las individualidades, y yo creo que la mejor manera de proceder, es comenzar el tratamiento diez á catorce dias despues que la afeccion se ha presentado. Bien reconocidos son, por la mayor parte de los autores, los resultados del *massage* en la metritis crónica y en las subinvoluciones de la matriz. He observado y curado gran número de estos casos que no creo necesario relatar aquí, porque esto haria muy extenso este trabajo; pero sí debo hacer constar que en todos ellos he obtenido una rápida mejoría, y han sido muy raros aquellos casos en los cuales el tratamiento no ha tenido influencia.

Los dolores en el vientre bajo, la sensacion de presion y de peso en la pélvis, el molestísimo tenesmo vesical, desaparecen rápidamente, y sería fácil al poco tiempo del tratamiento, demostrar una diminucion del volúmen de la matriz.

El *massage* obra favorablemente en las metritis crónicas acompañadas de hemorragias profusas; pero se le deben asociar una série de movimientos gimnásticos, por los cuales se intenta dirigir la circulacion pélvica al grupo de músculos periféricos. Debo decir aquí algunas palabras sobre las endormetritis crónicas de orígen gonorréico, en las cuales no recomiendo de ninguna manera este procedimiento, no obstante que Brandt emplee su método en esas afecciones. Nunca he llegado á obtener buenos resultados en los catarros cervicales con secrecion abundante. El método es aquí muy difícil de aplicar, y en los casos muy tenaces, debe asociarse al *massage* un tratamiento enérgico; por el contrario, el método de Brandt, nos da brillantísimos resultados en aquellas afecciones que atacan de preferencia el aparato ligamentoso sustentador de la matriz, y las consecuencias que de ésta se deducen, á saber: En primer lugar, el descenso y el prolapso de la matriz; en segundo, la retroflexion.

(Continuará).

CRONICA DE HOSPITALES.

HOSPITAL DE SAN ANDRES.

Estado subsecuente á la operacion verificada el dia 18 de Febrero. (Véase el primer número).

Dieta absoluta: opio al interior: trozos de hielo: agua de Seltz. Noche: temperatura 38°6; pulso 104; tranquilidad de la operada. Sonda.

Dia 19.—37°6: el mismo tratamiento: pulso lleno y regular.

Dia 20.—Leche cada 4 horas: no hay dolores: se usa de la sonda para extraer la orina: tónicos.

Dia 21.—Se aumenta el alimento: malestar en el vientre: lavativa de glicerina y agua: desahogo abundante.

Dia 24.—Se cambia de curacion: muy buen aspecto de la herida: no hay pus: se aumenta el alimento: temperatura 37°6.

Marzo 2.—Se quitan todos los puntos de sutura: cicatrizacion completa: se aumenta el alimento: se le permite levantarse.

Pocos dias despues se dió de alta, llevando una cicatriz lineal de 0m12 cent. ligeramente deprimida: está sana.

CARACTERES ANATOMO-PATOLOGICOS DEL QUISTE OVARICO.

1º EXÁMEN MICROSCÓPICO.

Aspecto exterior a.—Vasto saco rodeado de otras tres bolsas más pequeñas: *b*, una con la forma y volúmen de un riñon, aplicada arriba y á la izquier-

da: *c*, otra de consistencia dura, irregular lobulada con relacion inmediata con el pedículo y como del tamaño del puño de un adulto, hacia relieve hácia adelante; y finalmente, *d*, otra situada en la parte posterior, de volúmen comprendido entre los de las anteriores y consistencia más blanda. Estos distintos sacos parecen independientes unos de otros; el primero desarrollado en las paredes del gran saco: los otros contenidos en su cavidad. Toda la superficie es lisa.

Volúmen.—El conjunto del tumor se parece á un útero en el 8º mes del embarazo.

Forma.—Ovoide, irregular, de extremidad gruesa dirigida arriba, se encuentran en la superficie y en los lugares indicados los salientes ovoides ya citados; hácia abajo termina en un pedículo cilíndrico, cuya seccion representa un óvalo de 4 centímetros de diámetro.

Coloracion.—La gran bolsa tiene color azul claro en casi toda su extension, en algunos puntos está manchada de amarillo pálido, semejante al color del tejido adiposo, en otros surcada por líneas azules y rojas, de los vasos venosos y arteriales que existen en gran cantidad, sobre todo cerca del pedículo. La bolsa pequeña reniforme, muy vascular, tiene un color blanco brillante sobre un fondo azul oscuro poco perceptible; las otras son más ó menos azulosas.

Aspecto interior.—Abierta la gran bolsa, se encontró en su interior una gran cantidad de líquido de color oscuro moreno, muy espeso y en bastante cantidad, 4 ó 5 litros; desalojado éste despues de haber separado una parte para su exámen microscópico, se observó que las paredes eran de color rosado en unos puntos, amarillo de ocre en otros, lustrosas, tapizadas en algunos lugares por restos del contenido. En la parte posterior hacia relieve un tumor como del volúmen de un puño de adulto, correspondiente á la 3ª, descrita antes. Su pared divisoria muy delgada, muy vascular, fué abierta y contenia un líquido oscuro, cuyos caractéres serán descritos despues. En el interior de esta bolsa quística habia otras más pequeñas, de color claro, poco vasculares, en número de 10; la mayor parte del volúmen de un huevo de paloma, y las otras más y más pequeñas hasta llegar al tamaño de una semilla de cáñamo.

En la parte inferior y haciendo relieve en la gran cavidad quística, existian dos masas azules blandas, con manchas ocrosas, del volúmen de un huevo de gallina; su contenido era un líquido amarillo claro, viscoso, y una porcion de pequeños quistes de distinto tamaño, color variado y dispuestas en racimo que ocupaba gran parte de la cavidad.

2º EXÁMEN HISTOLÓGICO.

1.—Los líquidos de los quistes fueron examinados sucesivamente solos ó adicionados con un líquido conservador que en el caso fué el suero de Kroncker (agua, cloruro de sodio y sosa cáustica) cuyas cualidades son irreprochables.

Líquido del gran quiste a.—1º *al estado natural:* tiene un color moreno oscuro, muy espeso; dejado en reposo en una capa de reactivo, se descompone en tres capas superpuestas: una superficial amarillo-oscura; una media roja, *espontáneamente coagulable* y una profunda sedimentosa de color moreno. Observada con el microscopio se encontraron *a*, glóbulos rojos de sangre *muy numerosos*, bien conservados, de 5 ó 7ᵘ milésimos de milímetro, otros ya deformados, estrellados; *b*, leucocitos de 11ᵘ cuya relacion proporcional con las anteriores es la de que existe en la sangre normal. 2º *Con suero Kroncker.* El mismo aspecto; dejada en reposo se observan dos capas: una superficial amarillo-rojiza, una profunda más oscura y coagulada. Observado al microscopio, se encontraron: *a*, inmensa cantidad de glóbulos rojos; *b*, leucocitos; y grandes celdillas esféricas de 20ᵘ pálidas, granujientas, nucleadas y nucleoladas, otras multinucleadas, pero que no se coloran por el yoduro-yodurado de potasio ni por la eosina (como sucede cuando se ha perdido el protoplasma, ó ha sido sustituido por una materia extraña á su composicion normal), otros solo toman el color rojo en parte, y parecen invadidos por la materia colorida, ó celdillas aisladas ó en grupos compactos laminares ó poliédricas de 20ᵘ nucleadas, con los caractéres de las *celdillas epiteliales.*

Líquido del quiste reniforme b.—Con suero de Kroncker: color opalino, consistencia muy fluida; dejado en reposo se descompone en dos partes: una líquida, superficial, de color opalino y otra sólida, filamentosa, blanca y escasa; observado al microscopio se pudieron notar: *a*, glóbulos rojos de 6ᵘ en corta cantidad; *b*, leucocitos y celdillas granulosas, esféricas, *muy abundantes* 12ᵘ ó menos, nucleadas, *no toman* el color de yoduro-yodurado de potasio ni la eosina; *c*, muchas granulaciones proteicas.

Líquidos del quiste c.—Puesto en reposo se descompone en dos partes: una líquida de color amarillo claro, muy limpia, y otra sedimentosa, oscura.

Exámen microscópico: *a*, grandes celdillas esféricas ú ovoideas de 20 á 40ᵘ con vacuolos numerosos muy refringentes y con los caractéres *de las moléculas grasosas; c*, celdillas de 8ᵘ esféricas y con apariencia semejante á la de las anteriores; *c*, gotas de grasa libre de 5ᵘ; *d*, cristales rectangulares aglomerados de 30 á 85ᵘ.

Líquido del quiste d.—Color muy oscuro; por el

reposo se descompuso como los anteriores, en dos capas: una fluida superficial de color moreno-claro, y otra sedimentosa de color más osçuro. Al microscopio se observaron: *a*, grandes celdillas esféricas de color oscuro, 30ⁿ granujientas, nucleadas; *b*, otras que solo difieren de las anteriores por su color claro; *c*, muchos leucocitos; *d*, glóbulos rojos en poca cantidad; *e*, granulaciones proteicas irregulares; *f*, masas coloides.

2.—Paredes de los sacos.

Todas, sin excepcion alguna, tienen un doble tapiz epitelial en sus superficies separado por una capa conjuntiva muy densa, casi fibrosa en el gran quiste; muy suave en los más pequeños y de consistencia média en los otros. Estas capas están recorridas por vasos que en algunos forman redes compactas distintas á la simple inspeccion.

3.—Pedículo.

El análisis microscópico demuestra que está formado por tejido epitelial y conjuntivo muy rico en vasos y en la parte más baja por un segmento del ovario.

El volúmen *considerable* del quiste, su coloracion *azul-clara*, la *multiplicidad* de quistes secundarios de distintos tamaños que lo acompañan, el *aspecto* de su contenido líquido y los caractéres microscópicos del mismo, así como los de las paredes y pedículo que le pertenecen, permiten asegurar qne es un *cisto-epitelioma* poliquístico que probablemente, á la inversa de lo que sucede frecuentemente con los quistes ovarios que pasan primero por el estado policístico, para quedar reducido en el término de su evolucion á quistes oligocísticos por un proceso destructivo de los tabiques de separacion, ha sido primero unilocular y un proceso formador ha producido sucesivamente los quistes secundarios tan numerosos que en él se encontraron.

DR. M. CORDERO.

Sala de Cirujía menor.

Contusion de la articulacion coxo-femoral del lado izquierdo, y de las partes blandas vecinas, en un hombre de 53 años de edad.

Conocidas son las dificultades con que á veces tropieza el cirujano, cuando trata de dilucidar si hay ó no lesion articular ó huesosa á que haya podido dar orígen un traumatismo intenso sufrido al nivel de la articulacion *coxo-femoral;* bajo este punto de vista, nos ha parecido oportuno dar á conocer la siguiente observacion clínica:

"Juan Estrada, de 53 años de edad, cochero, regularmente constituido, nos dijo no haber padecido enfermedad alguna de importancia, fuera de algunas perturbaciones gastro-intestinales imputables al alcoholismo, es un alcohólico. Entró al hospital el dia 18 de Enero del presente año, solicitando ser atendido por un traumatismo intenso que sufrió, cuatro dias antes, al nivel del cuadril del lado izquierdo, que le producia agudos dolores, y le impedia mover el miembro inferior del mismo lado. Nos refirió que habiéndose subido á un árbol, se desprendió la rama de la que estaba cogido, y cayó sobre un piso enlosado, como de 7 varas de altura; que al caer sobre el lado izquierdo sufrió un choque directo en el cuadril de ese lado principalmente, y algo sobre el lado externo de la rodilla, perdió el conocimiento, y no pudo darse cuenta de su estado sino hasta el siguiente dia, pudiendo apreciar entonces que le era imposible mover el miembro inferior izquierdo, y que cuando trataba de hacerlo, ayudándose con las manos y su miembro inferior, sano, los dolores, que eran constantes al nivel del cuadril y de la rodilla del mismo lado, se hacian intolerables.

Al hacer el exámen de nuestro enfermo, pudimos apreciar lo siguiente: el miembro inferior izquierdo estaba en la abduccion y rotacion hácia afuera, descansando por su lado externo; equímosis de mediana extension al nivel del gran trocanter; longitud y volúmen del miembro iguales á los del lado sano; las espinas iliacas antero-superiores situadas en el mismo plano horizontal; no habia por lo mismo desviacion de ninguna de ellas; dolores intensos al nivel de la articulacion coxo-femoral y de la rodilla del mismo lado, exacerbándose éstos de tal modo, y originando por accion refleja una contractura muscular tan poderosa, que aun cuando se trató de imprimir algunos movimientos al miembro, fué imposible darse cuenta del estado que guardaban las articulaciones; para conseguirlo, dos dias despues cloroformizamos á nuestro enfermo, no pudiendo apreciar nada que nos revelase lesion alguna de las partes que contribuyen á formar las dos articulaciones mencionadas. En virtud de los datos adquiridos, establecimos el diagnóstico siguiente: *Contusion simple de la articulacion coxo-femoral izquierda, y de las partes blandas vecinas.*

Pocos dias despues, inmovilizada la articulacion por medio de un vendaje apropiado, calmáronse los dolores, y el enfermo empezó á imprimir algunos movimientos á su miembro; á fines del mes de Febrero, las molestias habian desaparecido y solo quedaba cierta torpeza para moverlo cuando andaba, lo que debia atribuirse, en el caso, á la inmovilizacion algo prolongada. Hoy, 9 de Marzo, ha desaparecido el entorpecimiento del miembro mencionado, y sale nuestro enfermo del hospital completamente curado.

E. VARGAS.

RESECCION DEL NERVIO MAXILAR INFERIOR.

Hemos realizado en el cadáver el procedimiento del Dr. Salzer (núm. 3 de la *Revis. Med).* para la reseccion de esta rama del trigémino, y notamos que la brecha para llegar á alcanzar ese nervio es tan oblícua y profunda que es sumamente difícil ó imposible realizarla en el vivo. Nos parece preferible el procedimiento del Dr. Garresten que trepana el antro de Highmore, sigue el pizo de la órbita, ensancha la abertura esfeno-maxilar, y penetra á la fosa esfeno-maxilar á donde resaca el nervio desde su salida por el agujero redondo.

HOSPITAL BEISTEGUI.

En un enfermo de cálculos vesicales, cuya vejiga era intolerante, el Dr. J. Ramon Icaza hizo inyecciones de ácido bórico diluido y prescribió lavativas laudanizadas, con lo que consiguió la tolerancia del órgano y ratificó el diagnóstico.

Esta práctica nos parece preferible á la cloroformizacion.

REVISTA EXTRANJERA.

PATOLOGIA EXTERNA.

TREPANACION POR ACCIDENTES CEREBRALES.—Los casos de trepanacion por accidentes cerebrales que sobrevienen á consecuencia de un golpe, un choque sobre la cabeza, con ó sin hundimiento del cráneo, se multiplican cada dia más, lo que demuestra la importancia de la intervencion quirúrgica.

La observacion de Bloxman, cirujano de Lóndres, es particularmente interesante. Un hombre recibió un golpe en la cabeza con un baston de puño de plomo. La herida fué pequeña y una vez curada, el enfermo pudo volver á sus ocupaciones.

Cuatro meses despues del accidente, su carácter se modificó haciéndose sumamente irritable. Al mismo tiempo se quejó de dolores en la cabeza cuyo sitio exacto no pudo precisar, como tampoco el lugar en que recibió el golpe. Poco tiempo despues, fué atacado de delirio furioso. En sus momentos de calma, hablaba demasiado, empleando en su conversacion palabras extrañas al asunto que trataba y lanzando á veces gritos agudos sin razon determinada. El párpado superior un poco caido. Temperatura 39°.

Algunos dias despues: inmovilidad completa, pérdida del conocimiento. Este estado duró tres semanas.

El 12 de Octubre, Bloxman se decidió á trepanar el lóbulo frontal izquierdo.

Despues de trazar una línea que partiendo del cóndilo del maxilar inferior, pasara por el vértice del cráneo y llegara al cóndilo del lado opuesto, hizo una incision distante una pulgada de esta línea, y trepanó el hueso hasta descubrir el cerebro. No se encontró lesion apreciable, pero pocos dias despues el enfermo comenzó á responder á las preguntas que se le dirigian; finalmente, pasado algun tiempo, salió del hospital perfectamente curado.

En un artículo completo sobre la cuestion de la trepanacion en las fracturas del cráneo, el profesor Lannelongue discute con cuidado las indicaciones de la trepanacion y emite sus ideas en la forma siguiente:

Tratamiento preventivo: en las fracturas con hundimiento, y en las fracturas de la lámina vítrea (difíciles de diagnosticar).

Tratamiento curativo: cuando ocasionan accidentes de compresion ó de irritacion de la corteza cerebral por esquirlas ó por derrames sanguíneos; en las parálisis limitadas; en la hemiplegia, la monoplegia, accesos epileptiformes ó dolores. Por el contrario, la trepanacion está contraindicada, en los casos en que se haya desarrollado la meningo-encefalitis, derrames sanguíneos ú otras lesiones difusas y prontamente mortales. *(Bull. Gen. de Therap.*, 15 de Marzo de 1888).

Hemos tenido ocasion de saber que el inteligente cirujano Dr. Francisco Marin, ha practicado en el hospital de San Pedro de la ciudad de Puebla, varias trepanaciones con éxito completo.

Mucho agradeceriamos al Profesor Marin se sirviera enviarnos una relacion de sus trabajos sobre este asunto, para darles cabida en las columnas de nuestro periódico.

PATOLOGIA INTERNA.

CLÍNICAS DE JULIO SIMON.—EL PRONÓSTICO EN LAS ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS.— Para el estudio del pronóstico en las enfermedades de los niños, se deben considerar ciertos elementos cuya significacion es á menudo diferente de la que tienen en el adulto.

La temperatura en el niño, por ejemplo, tiene una significacion muy diversa de la que tendria más tarde; 40° que en el adulto indican una intensa fiebre, no representan en el niño mas que un estado febril moderado: 41° se encuentra á menudo en estados que no tienen ninguna gravedad. La temperatura que llega á 40 grados en la pneumonía solamente confirma el diagnóstico, porque en esta enfermedad esta cifra es normal; sucede lo mismo en la fiebre tifoidea y la escarlatina. Estas cifras no tienen por sí mismas nada de alarmante; no me

cansaré de repetirlo, porque el uso del termómetro está hoy tan extendido, que el médico está hoy en la obligacion de consolar á los padres del niño que creen ver en esta temperatura un signo de muerte próxima.

Desde luego, un simple enfriamiento, sin determinacion particular, basta para hacer subir la temperatura á 39°5 ó 40°. Sucede otro tanto en la angina simple.

La marcha de la temperatura tiene más importancia que su elevacion.

El pulso, bajo el punto de vista pronóstico, da ménos indicaciones aún que en el adulto, en razon de la susceptibilidad de aquel á las menores influencias. Sin embargo, la diminucion del número de pulsaciones y su irregularidad coincidiendo con la elevacion de la temperatura, es un signo casi cierto de una afeccion cerebral; pero la irregularidad del pulso puede ser normal en el niño y hay veces en que el pulso no se regulariza sino cuando existe el estado febril.

Otro de los elementos más importantes bajo el punto de vista pronóstico, es el estado de las fuerzas que pueden estar: exaltadas, deprimidas ó pervertidas.

El estado de depresion ó adinamia es el que más debe temerse, porque ni la agitacion, ni el delirio, ni la ataxia misma, constituyen fenómenos graves; por tal motivo no debe abusarse de los medicamentos depresivos como el bromuro, el opio y el tártaro estibiado, que pueden cambiar la agitacion en adinamia.

Pero tampoco debe olvidarse que si las convulsiones (que son la expresion de los fenómenos atáxicos en los niños) tienen poca gravedad al principio de las enfermedades, al fin de ellas tienen una significacíon muy diferente.

El estudio de las secreciones constituye otro de los elementos importantes para el pronóstico. Al principio de ciertas afecciones, como la broncopneumonía, la escarlatina, etc., puede haber una diminucion considerable de la cantidad de orina, algunas veces supresion completa; esta diminucion puede ser considerada como muy grave. Por el contrario, insisto en que la vuelta de la miccion, despues de convulsiones prolongadas, anuncia de una manera cierta el fin de los accidentes.

Las otras secreciones, como la de la piel, caracterizadas unas veces por un estado de humedad generalmente favorable y otras por un sudor viscoso y fétido, tienen tambien cierta importancia. Se debe tener en cuenta para establecer el pronóstico, el estado de las secreciones bucales, vulvares é intestinales; pero todos estos elementos no tienen una real importancia sino reunidos con los otros que pueden dar fases de apreciacion bastante ciertas.

La edad debe contarse entre los elementos del pronóstico, porque á este respecto, hay una gran diferencia entre los niños que aún no tienen dos años y los que ya han pasado este límite.

De éstos puede decirse, que están en mejores condiciones que el adulto; se han observado en ellos verdaderas resurrecciones, y casos, en apariencia desesperados, han terminado por la curacion. No sucede lo mismo en los niños de ménos de dos años y sobre todo en las criaturas menores de un año en las que un simple coriza puede producir una pneumonía; si no se toman precauciones suficientes, la afeccion más ligera en apariencia puede hacerse rápidamente de alta gravedad; esto es lo que pasa en la diarrea, enfermedad que no debe dejarse persistir en los niños, so pena de correr el riesgo de ver producirse una enteritis mortal.

La herencia tiene tambien su papel en la apreciacion de las condiciones del pronóstico y se debe inquirir sobre la tuberculosis, las neuropatías y el alcoholismo.

En fin, la influencia de las estaciones y las condiciones del medio, son importantes elementos que no deben despreciarse.

OCLUSION INTESTINAL CURADA POR UN TRATAMIENTO MÉDICO.—El Dr. Morin presenta ante la Sociedad médica de Gannat, la observacion de un hecho notable por su gran interes práctico: un hombre de sesenta años de edad, sano hasta entonces, fué bruscamente atacado de fenómenos de oclusion intestinal con aparicion de un tumor duro y doloroso distante algunos centímetros del ombligo; ausencia de evacuaciones y de gases por el ano, meteorismo, vómitos fecaloides, algidez, etc. La oclusion podia ser debida á una hernia ó un vólvulus intestinal.

Esta oclusion fué completamente curada por dos inyecciones hipodérmicas de morfina y muchas lavativas. Bajo la accion de la morfina, el elemento espasmódico y nervioso que acompaña siempre al estrangulamiento intestinal ha desaparecido, y por la influencia del reposo muscular consiguiente, la hernia se ha reducido ó el vólvulus se ha deshecho; la curacion ha sido la consecuencia.

No podemos más que aprobar la terapéutica del Dr. Morin en este caso, pero con ciertas reservas. La medicacion opiada que se puede y se debe ensayar, es solamente una medicacion de espera; si el resultado no se produce rápidamente, seria un error perseverar. Diremos otro tanto de todas las medicaciones puramente médicas dirigidas á la curacion de la oclusion intestinal. Pueden curarla, pero rara vez; á menudo no hacen sino retardar ó hacer enteramente ineficaz la intervencion quirúrgica.

(*Gazette des Hopitaux*, Mardi 28 Fev. 1888).

TERAPEUTICA.

ANTIPIRINA EN EL PARTO.—Hace algunos dias nos ocupamos de la aplicacion de esta sustancia para combatir los dolores del parto. El punto de interrogacion con que concluye nuestro párrafo, indica nuestras dudas sobre la accion dolorífuga de la antipirina en esas circunstancias; pero el Dr. Queirel (de Marsella) declara que la antipirina á la dósis de 25 centígramos puede ser empleada con buen éxito en todos los períodos del parto. Si una primera inyeccion no basta, dice, se puede aplicar otra, dos horas despues. No hay que temer ninguua perturbacion en la marcha del trabajo que parece acelerarse, y sobre todo, obra eficazmente en el período de dilatacion. Las mujeres sienten pocos dolores, y á veces ningunos, las contracciones continúan durante el período de dilatacion con una regularidad satisfactoria.

Sobre los veinte casos en que Mr. Queirel ha recurrido á este método, quince veces ha obtenido excelentes resultados. Parece que la accion es más sensible sobre las multíparas que sobre las primíparas. (*Gaz. Hebd.*, 16 Marzo).

Deseariamos que estos datos se sometieran á la experimentacion clínica.

LA TREMENTINA EN LAS AFECCIONES DOLOROSAS DE LOS NIÑOS.—El Dr. Bedford Brown recomienda el empleo de la trementina en el tratamiento de las enfermedades más graves y más dolorosas del tubo digestivo de los niños, aun durante la primera edad. La esencia de trementina, dice, deberia ocupar en la terapéutica de estas inflamaciones, un lugar que ningun medicamento utilizado hasta hoy podria llenar. Ni los opiáceos, ni los astringentes, ni los alcalinos, ni el mercurio, ni el bismuto. El autor piensa que la accion de la trementina es complexa; eminentemente emoliente; combate directamente la irritacion de la mucosa intestinal inflamada; detiene la esfoliacion rápida de la capa epitelial, y obrá, por último, como sustancia antifermentescible y antiséptica. La trementina obra, además, como estimulante de las secreciones de todo el aparato digestivo, desde las glándulas salivares hasta las glándulas estomacales, pancreáticas é intestinales.

Este autor recomienda la trementina, sobre todo, en la gastralgía, el catarro intestinal, la enteritis y gran número de afecciones dolorosas, mal conocidas y mal clasificadas, de naturaleza funcional que tienen por sitio el intestino.

Prescribe la trementina segun la fórmula siguiente:

Mucílago de goma arábiga.......	15.00
Bicarbonato de sosa.............	0.60
Cloroformo, X gotas.	
Esencia de trementina muy pura..	2.00

1 cucharadita cada dos ó tres horas para un niño de 6 meses. (*Bull. Gén. de Thérap.*, 15 Marzo).

INVESTIGACIONES SOBRE LA ACCION DE LA SOLANINA.—Las conclusiones á que el Dr. Caparoni ha llegado en sus estudios sobre la solanina, emprendidos en la clínica terapéutica del Hospital Cochin, son las siguientes:

1º La solanina ejerce una accion local; 2º esta accion se manifiesta de preferencia como an s ésica, en seguida como paralizante sobre el centro respiratorio y cardiaco del bulbo, sobre los centros de los reflejos bulbares espinales y sobre las vías kinesódicas y estesódicas, particularmente de la médula espinal. En consecuencia, la solanina obra ventajosamente en el asma idiopático y sintomático. Dósis de 5 centígramos, administrada dos ó tres veces, con intervalos de media hora, bastan para restablecer la respiracion normal. En enfermos atacados de desórdenes en la marcha que provienen de la excitabilidad exagerada de los reflejos en las mielitis agudas, la solanina produce una accion tal, que los enfermos pudieron dejar las muletas, dos dias despues de su administracion. (25 á 30 centígramos por dia, administrados á la dósis de 5 centígramos cada vez).

Se obtuvieron igualmente buenos resultados en un enfermo atacado de espasmos clónicos de los músculos de los miembros inferiores, en un epiléptico, y en muchos enfermos neurosténicos, en los que los bromuros, la gelsemina, la electroterapia y la hidroterapia habian sido inútiles para calmar las palpitaciones, las parestesias y la agitacion. Las nevralgías tratadas por la solanina, se modificaron siempre en un sentido favorable, sobre todo, la cefalea, de la que fueron tratados siete casos terminados todos por la curacion.

La solanina ha hecho cesar los espasmos musculares y las contracciones y temblores de la enfermedad de Parkinson (25 á 30 centígramos por dia).

La accion de la solanina sobre el temblor de la parálisis agitante podria guiarnos sobre la interpretacion de la patogenia de estos síntomas. En efecto, considerando las lesiones periféricas determinadas por esta enfermedad y la accion central de la solanina, se podria pensar que son el resultado de estímulos anormales que pueden explicarse por accion refleja sobre las vías motrices, reflejos cuyo orígen se encuentra en las terminaciones nerviosas de los nervios centrípetos. En suma, la solanina produce la diminucion de los temblores, aumentando la resistencia del arco diastáltico. La prueba de esto es que las sustancias que tienen la propiedad opuesta, (ópio y nicotina) hacen aumentar el temblor. (*Bul. Gén de Therap.*, 29 Fevr. 88).

EFECTOS TERAPÉUTICOS DE LA PARALDEHIDA, POR

TCHEPETOW. — Dujardin Baumetz y Morselli en Francia; Langreuter y Krofft-Ebing en Alemania, y Androuzki en Rusia, han reconocido los efectos hipnóticos de la paraldehida. Fundándose sobre un material precioso recogido en más de tres años, el autor recomienda esta sustancia en: el delirio alcohólico, en los enajenados agitados y en los tísicos.

Una dósis de 3 gramos administrada en la tarde, procura un sueño tranquilo.

En los casos de insomnio por fatiga cerebral, bastan 2 gramos para provocar un sueño profundo y de larga duracion.

La mejor manera de administrar la paraldehida, es mezclarla con agua de azahar, mucílago de goma arábiga y azúcar.

FORMULARIO.

TRATAMIENTO DE LA SCIÁTICA POR LAS APLICACIONES DE FLOR DE AZUFRE.—En una de las s siones de la Sociedad de Medicina Práctica, el Dr. Duchesne hizo mencion de un medio de tratamiento de la sciática, muy usado en Inglaterra, y señalado en Francia por Guéneau de Mussy. Consiste en extender sobre un lienzo una capa gruesa de flor de azufre y colocar el miembro enfermo sobre este lecho medicamentoso. Basta una sola noche para desembarazar al enfermo de la nevralgía. El Dr. Duchesne ha empleado este medio, con buen resultado, en un enfermo de cincuenta años de edad, quien quedó completamente curado.

Es difícil saber cómo puede obrar este medio enteramente empírico; únicamente ha podido notarse que la orina toma un marcado olor á hidrógeno sulfurado.

POLVOS CONTRA LA DISPEPSIA FLATULENTA.

Sub-nitrato de bismuto....	} â â 2 gram.
Polvo de magnesia blanca..	
Polvo de belladona.......	} â â o gr. 20.
Idem de gengibre........	

Mezclar exactamente y div. en X papeles.

Diluir uno de estos papeles en una taza de infusion de menta, dos veces por dia.

TRATAMIENTO DE LAS MANCHAS PIGMENTICIAS.

Oxido de bismuto........	} â â 2 grams.
Almidon de arroz.........	
Caolin..................	4 ,,
Glicerolado simple.......	10 ,,
Hidrolato de rosas....c. b.	
h. s. a.	

Se extiende esta mezcla por medio de un pincel, sobre la piel invadida de manchas y se deja secar. Se lava cuidadosamente antes de hacer una nueva aplicacion.

TRATAMIENTO DE LA JAQUECA.—Batom ha observado que la *sal de cocina* detiene y hace abortar los accesos de jaqueca.

Administra una cucharada de sal *en natura* y hace beber en seguida un poco de agua.

Segun el autor, débese atribuir la utilidad del cloruro de sodium á una accion refleja.

EFECTOS DE LA ACETANILIDA

EN LAS

ENFERMEDADES FEBRILES.

W. Ademski ha experimentado esta sustancia (que se obtiene por la destilacion de la anilina y el ácido acético cristalizable), sobre catorce enfermos, de los que 4 estaban afectados de fiebre tifoidea, 1 de fiebre intermitente, 3 de reumatismo articular agudo, 2 de pleuro-pneumonía, 2 de tísis pulmonar, 1 de erisipela del cuero cabelludo y 1 de pleuresía húmeda. Hé aqui los resultados obtenidos:

1º No todos los enfermos soportan de la misma manera la acetanilida.

2º En todos los casos sin excepcion, abate la temperatura.

I. 30 centígramos: *a*, en el reumatismo articular abaten la temperatura de 0°,8 á 1°,8, despues de 3 á 6 horas; *b*, en la pleuro-pneumonía el termómetro baja 1°,2, cuatro horas despues.

II. *Una dósis de 60 centígramos: a*, en el reumatismo articular produce un descenso de 1° á 2°,2 en 8 horas; *b*, en la fiebre tifoidea de 2° á 2°,9 en 7 horas; *c*, en la pleuro pneumonía de 1°,3 á 2°,3 en 3 horas; *d*, en la pleuresía húmeda, de 1°,3 á 2°,5 en 3 horas; en la erisipela de la cara, de 1°,0 en 4 horas.

III. *Una dósis de 90 centígramos:* abate la temperatura de 2°,5 á 2°,9 en la fiebre tifoidea en el espacio de 5 horas.

IV. *Gramo y medio* de acetanilida, ha podido hacer descender el termómetro 3°, en una erisipela de la cara.

6 centígramos cada hora no abaten siempre la temperatura, y en todo caso, los efectos de esta sustancia no persisten más de 2 horas; 12 centígramos cada hora producen un descendimiento persistente.

Bajo la influencia de la antifebrina ó acetanilida, el pulso late con menos frecuencia (10 á 30 pulsaciones por minuto), y el número de los movimientos respiratorios puede descender de 26 á 14. Cualquiera que sea la dósis el enfermo traspira abundantemente y expresa un sentimiento de bienestar. La acetanilida es hipnótica (dósis elevadas) y analgésica, aumenta la diurésis y disminuye el ázoe de la urea y las sales inorgánicas que contiene.

Esta sustancia y la paraldéhida se encuentran de venta en la Droguería de Julio Labadie, Profesa 5.

TIP. DE DUBLAN Y COMP.

VOL. I. México, Mayo 1º de 1888. NUM. 5

REVISTA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO BIMENSUAL DIRIGIDO POR EL DR. JOSE RAMOS.

COLABORACION:
Dres. R. Lavista, M. Carmona y Valle, E. Liceaga, J. M. Rodriguez, R. Fuertes, M. Alvarado, D. Mejía, J. M. Bandera, M. Dominguez, M. Gutierrez, San Juan, F. de P. Chacón, F. López, F. Ortega y Fonseca, F. Hurtado, N. Vargas, J. Martinez del Campo, C. Tejeda Guzman, J. Villagrán.—Responsable: M. Barreiro.

DIRECCION Y REDACCION:
CALLE DEL ESPIRITU SANTO N. 8,
DESPACHO DE LOS SRES.
E. DUBLAN Y COMP.
Administrador y propietario: Dr. Manuel Barreiro.
Apartado en el Correo núm. 619.

PRECIOS DE SUSCRICION:
EN LA CAPITAL
Por un mes.....................$ 0 50
Por seis meses..................... 2 50
EN LOS ESTADOS
Por un mes.....................$ 0 62
Por seis meses..................... 3 00

PRENSA EXTRANJERA QUE RECIBIMOS PARA LA FORMACION DE LA REVISTA:

"Gaceta Médica de Paris."—"Gaceta de los hospitales civiles y militares de Paris."—"Periódico de las Sociedades Científicas."—"Revista Científica."—"La Naturaleza."—"Gaceta Hebdomadaria."—"Revista de Medicina," de Bouchard, Charcot y Chauvau.—"Anales de las enfermedades de los órganos genito-urinarios."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Lúcas Championière.—"Periódico de Medicina de Paris," de Lutaud.—"Boletin de la Academia de Medicina."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Bruselas.—"El Electricista."—"El Tiempo Médico," de Filadelfia.—"El Registro Médico."—"El Mundo Médico."—"Anales de Ginecología," de Boston.—"La Lanceta," de Lóndres.

SECCION EDITORIAL.

ENDARTERITIS OBLITERANTE PROGRESIVA Y DIFUSA.—ARTERIO ESCLEROSIS AGUDA DEL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO.—NECROPIOSIS AGUDA.—SEPTICEMIA INICIAL.—AMPUTACION RÁPIDA DEL BRAZO EN SU TERCIO SUPERIOR.—CURACION.

(Continúa).

Exámen de la pieza anatómica.—La diseccion cuidadosa del miembro enseñó: que el trabajo necrobiótico habia invadido de preferencia la pulpa de los dedos y la eminencia ténar. Los músculos de esta region se habian degenerado sufriendo la desagregacion putrelaginosa, la que apénas permitia reconocer su textura. Una infiltracion saniosa invadia el tejido conjuntivo del resto del miembro, tanto superficial como profundamente; los músculos anti-braquiales comenzaban á sufrir la mortificacion, pero aún era fácil reconocer la fibra muscular. Pero lo más importante del estudio se refiere á las arterias del miembro. Todas, aun las colaterales de los dedos, habian sufrido modificaciones del mayor interes. Para hacer su estudio completo se cuidó de disecarlas tan completamente, que se pudo obtener el tronco y ramos del arco palmar así como las digitales: todas estaban duras, gruesas y tapadas; notándose á la simple inspeccion que los trombus que las ocupaban eran relativamente pequeños, pues la luz del vaso más bien se habia obstruido por el engrosamiento de sus paredes. Señalaremos un detalle, de carácter macroscópico, muy instructivo; las adherencias de los trombus eran mayores en los ramitos arteriales que en los troncos gruesos, al grado que miéntras que en los últimos era hasta cierto punto fácil el desprenderlos, se hacia esto imposible en los que ocupaban el arco palmar superficial y las extremidades digitales de la radial y cubital.

Los cuágulos ofrecian los caractéres del tipo activo, eran adherentes, compactos y casi blancos; este detalle era propio al trombus en general, aunque mucho ménos acentuado en los vasos gruesos, como en la parte correspondiente en la humeral. No era posible quitarlos de los vasos sin abrir éstos, ni se podian exprimir como sucede con los cuágulos pasivos. Una vez expulsos, quedaba descubierta la túnica epitelial de la membrana interna, que se observaba á la simple vista inyectada irregularmente en casi toda su extension, encontrándose en su superficie un gran número de salientes duras, resistentes á la presion, de color amarillento, rodeadas de una zona congestiva y que obstruian completamente la luz del vaso, el que endurecido en todo su espesor, dejaba observar todas las modificaciones que habia sufrido.

La túnica média estaba íntimamente confundida con la interna, miéntras que la exter-

na se desprendia con cierta facilidad de la média, ofreciendo un estado de inyeccion especial y un engrosamiento manifiesto, con depresiones en relacion con las salientes observadas en la túnica interna. La inyeccion señalada era muy manifiesta al nivel de los *vasa-vasorum*.

La interposicion de una neoplasia incompletamente organizada y aun en vía de desarrollo, favorecia el aumento del espesor de la pared y permitia la separacion de esta túnica.

En suma, macroscópicamente se advertia que el proceso flegmásico se habia desarrollado en las arterias, en todo su espesor, ciertamente más avanzado en la túnica interna, pero no ménos importante en la média y externa.

El exámen microscópico explicaba satisfactoriamente las modificaciones observadas. Notábase una infiltracion de celdas embrionarias entre las láminas elásticas que distendia más ó ménos irregularmente, llenando las lagunas producidas en la túnica média por la separacion de sus fibras. Las celdas que se observaban en estas lagunas eran muy refringentes, manifiestamente grasosas, pareciendo ser ellas las que daban lugar á la separacion de las láminas elásticas, las que á su vez daban lugar á las salientes observadas en la superficie interna de los vasos.

En la túnica externa se observaba la misma infiltracion de elementos embrionarios de aspecto granulo-grasoso. En resúmen, esta infiltracion depende de la neoformacion inflamatoria, encontrándose ésta tanto en los grandes vasos como en los pequeños, debiendo notarse que era más abundante en estos últimos, por lo que parece que ellos han debido ser el punto de partida de la enfermedad.

De estos detalles anatómicos se deduce claramente que la enfermedad comenzó primitivamente por la túnica interna de los vasos, para invadirlos despues en todo su espesor, de modo que si con razon se ha llamado á esta lesion: "Endarteritis aguda progresiva," pudiera llamarse más propiamente: *Arteritis parenquimatosa ascendente y progresiva.*

(Continuará).

DR. RAFAEL LAVISTA.

CONSIDERACIONES

DE DIÓPTRICA FISIOLÓGICA SOBRE EL PUNTO PRÓXIMO, EL PUNTO REMOTO Y LA AMPLITUD DE LA ACOMODACION.—APLICACIONES PRÁCTICAS DEL MÉTODO DE DONDERS PARA LA DETERMINACION DE ESTOS VALORES. *(Continúa).*

Me he ocupado en los artículos anteriores, de la manera de llegar algebráicamente á la determinacion de ciertas ecuaciones que nos permitan determinar por el método de Donders la amplitud de la acomodacion, cualquiera que sea el estado de la refraccion del ojo examinado, es decir, ya sea que se trate de un emétrope, de un miope ó de un hipermétrope.

Véamos ahora la manera de aplicar prácticamente estas ecuaciones, lo que me parece muy racional y sencillo, no obstante que en ninguno de los autores que yo conozco, he visto recomendado este modo de proceder.

Supongamos primero que se trata de un emétrope; colocado á cinco metros de distancia, de las escalas tipográficas murales, que con tal objeto se empleen, de las de Monoyer por ejemplo, se le hace leer los diversos caractéres, cubriéndole uno de los ojos con un vidrio despulido, y dejando el otro descubierto, es evidente que leerá hasta la última línea, puesto que hemos tomado como ejemplo un caso de emetropía; así, pues, el vidrio cóncavo más débil que en este caso permite la lectura de los caractéres más pequeños, es equivalente á un vidrio de caras paralelas, ó lo que es lo mismo, á una lente cuyo valor métrico es de cero. Se le obliga despues á leer colocando delante del ojo descubierto, un vidrio cóncavo de una dioptría; la lectura de los caractéres será posible, á suponer que no haya trastorno acomodativo de ninguna especie, pues el músculo acomodador se contraerá entónces, dando al cristalino un exceso de refraccion que compense la divergencia que el vidrio cóncavo de una dioptría hace sufrir á los rayos luminosos; es claro que en este momento ha aumentado tambien una dioptría el valor del cristalino, en su calidad de lente convergente.

Se sustituye despues la lente cóncava que se empleó primero, por otra cuyo valor sea de dos dioptrías; en la mayor parte de los casos la lectura de los últimos caractéres será aun posible, lo cual quiere decir que la fuerza re-

fringente del cristalino ha aumentado dos dioptrías. Se hará pasar despues el vidrio tres dioptrías; si se obtiene el mismo resultado que en el caso anterior, se empleará en seguida el vidrio cuatro dioptrías; es muy posible que en los primeros momentos, la lectura sea difícil; pero al cabo de cierto tiempo, cuando el ojo se ha acostumbrado, por la contraccion conveniente del músculo acomodador, á neutralizar la divergencia de la lente cóncava, la lectura será nuevamente posible, aun cuando más dificultosa. Con el vidrio cóncavo cinco dioptrías, la lectura será mucho más dificultosa, pero aun la supondremos posible; los esfuerzos que el observado hace para leer, están traduciendo los esfuerzos contráctiles del músculo de la acomodacion. Supongamos, por último, que con el vidrio seis dioptrías, la lectura de los últimos caractéres llegue á ser imposible, cualesquiera que sean los esfuerzos del examinado; esto quiere decir que la contraccion del músculo acomodador es ya impotente para neutralizar el último vidrio empleado. La conclusion lógica de la observacion es, sin duda alguna, que la acomodacion basta para neutralizar un vidrio divergente de cinco dioptrías en el caso en cuestion, ó en otros términos, que la amplitud de la acomodacion en el individuo observado es de cinco dioptrías, lo que pudiera inferirse de la ecuacion (3), que he dicho que corresponde al emétrope:

$$A = N'.$$

Sustituyendo en esta fórmula el valor de N′, se tendria:

$$A = 5,$$

lo cual quiere decir que la acomodacion vale cinco dioptrías, en el caso examinado.

En lugar de la fórmula (3), se podria emplear la ecuacion (4):

$$\frac{1}{A} = \frac{1}{P},$$

ó lo que es lo mismo, sustituyendo el valor de P,

$$\frac{1}{A} = \frac{1}{5} = 0{,}20,$$

lo que quiere decir que la longitud focal de la lente que representa la acomodacion es de veinte centímetros; se sabe que una lente de veinte centímetros de longitud focal principal, ó de radio de curvatura (pues como he dicho, estas dos cantidades son aproximadamente iguales), vale cinco dioptrías. Se ve, por lo tanto, que así en la teoría como en la práctica, las dos ecuaciones nos conducen á resultados idénticos.

Se podria objetar á este medio de proceder, que las lentes cóncavas colocadas delante del ojo, no solo determinan la divergencia de los rayos luminosos, sino que al mismo tiempo tienen la propiedad de disminuir las dimensiones de las imágenes, por lo cual los caractéres dejarán de ser legibles ántes de que la acomodacion sea impotente para neutralizar la divergencia del vidrio empleado, por el solo hecho de la reduccion de las imágenes retinianas. Esta es una objecion real, pues la pequeñez de las imágenes debe contribuir, sin duda, á hacer ilegibles los caractéres; pero en la inmensa mayoría de los casos, los vidrios cóncavos que con tal objeto deban emplearse, no son extraordinariamente fuertes, y por otra parte, los diversos métodos que se usan con el objeto de hacer estas determinaciones, no carecen de ciertos inconvenientes. Así, pues, aun cuando el medio de que me ocupo no es matemáticamente riguroso, sino solo aproximado, basta para dar una idea bastante exacta del estado dinámico del ojo, teniendo en su favor que es muy sencillo de aplicar, que exige un tiempo demasiadamente corto y que puede hacerse en cualquier momento, pues no exige el empleo prévio de la atropina, lo que en algunos casos no carece de inconvenientes, en las afecciones glaucomatosas por ejemplo.

Supongamos ahora que se trata de una miopía ligera, y véamos cómo se aplicaria el medio de exploracion; si el vidrio cóncavo más débil que permite la lectura de los últimos caractéres, es de tres dioptrías, es evidente que dicho vidrio represente el grado de miopía en el individuo sometido al exámen. Se harán pasar en seguida vidrios cóncavos más y más fuertes delante del ojo sometido á la observacion, hasta que se llegue á aquel más allá del cual la lectura se hace imposible; voy á suponer, lo que seria muy posible en la práctica, que este vidrio fuera el número ocho dioptrías.

Aplicando la fórmula (5),

$$A = N' - N,$$

y sustituyendo en ella los valores de N y de N′, se encontraria:

$$A = 8 - 3 = 5.$$

La cual significa que en el miope observado,

el valor de la acomodacion es de cinco dicptrías, igual á la del individuo que en el primer ejemplo se supuso miope; esto nada tiene de extraño si se reflexiona bien, pues si bien es cierto que en el miope el punto remoto está más cerca que en el emétrope, tambien es un hecho, que puede ver los objetos aun cuando se hallen muy cercanos, es decir. que su punto próximo está á una distancia menor del ojo, lo cual implica un grande esfuerzo de acomodacion; así, pues, un miope puede poseer una fuerza de acomodacion igual ó superior á la de un hipermétrope, con la diferencia que el espacio en cuyos límites se ejerce la acomodacion, es diferente en ambos casos, encontrándose más cerca del ojo en la miopía. Pudiera darse tambien el caso de que encontrándose más ó ménos cerca el punto remoto, en el miope, el punto próximo se encontrara á una distancia igual ó aún ménos, de aquella á la cual se encuentra comunmente en el emétrope; esto pasa en efecto, cuando hay presbiopía al mismo tiempo que miopía; en estos momentos atiendo al Sr. F. L., persona bastante conocida en la sociedad, que se encuentra en este caso, pues teniendo una miopía exagerada, es al mismo tiempo présbita, necesitando anteojos cóncavos de ocho dioptrías para ver de léjos, y anteojos convexos de una dioptría para leer; así, pues, el punto próximo no pudiera emplearse para definir la miopía, vicio de refraccion que está caracterizado por el punto remoto.

(Concluirá).

DR. JOSE RAMOS.

REMITIDOS CIENTIFICOS.

Casa de vdes., Mayo 1º de 1888.

SS. RR. del periódico "Revista Médica de México."

Presente.

Muy estimados señores:

Con motivo de un artículo que publican vdes., comentándolo brevemente, tomado de la "Gazette des Hopiteaux" y relativo al tratamiento médico de la *oclusion intestinal*, emprendido por el Dr. Morin, me ocurren algunas reflexiones que si las creen útiles, les autorizo á que les den cabida en su interesante publicacion.

Soy de vdes. affmo. seguro servidor q. ss. mm. b.

Demetrio Mejía.

BREVES CONSIDERACIONES

RELATIVAS Á LA OCLUSION INTESTINAL Y SU TRATAMIENTO MÉDICO.

La oclusion intestinal es un accidente terrible cuyo orígen vario le imprime caractéres diferenciales de importancia.

No es nuestro ánimo ni mucho ménos, escribir un largo artículo sobre esta cuestion. Dos son los puntos culminantes en que deseamos fijarnos y sobre los cuales nos permitiremos hacer algunas reflexiones.

Refiérese el primero al método de las inyecciones hipodérmicas de morfina propuestas por el Dr. Morin y de que la "Revista" hace mencion; y el segundo al método más sensato y racional instituido por nuestro inolvidable maestro y gran clínico el Dr. D. Miguel F. Jimenez, método seguido en México por la mayoría de los médicos y desconocido por completo en Europa hasta hace muy poco tiempo.

Respecto al primero: ¿qué influencia benéfica puede tener la morfina en el tratamiento de la oclusion intestinal? Nuestra contestacion deberia ser neta: ninguna; su influencia puede ser al contrario muy nociva, en los pocos casos en que podria creerse indicada. La morfina obra contra el elemento dolor, cierto que le combate eficazmente, pero su accion paralizante es tambien manifiesta y se deja sentir de preferencia en el aparato digestivo (estómago y tubo intestinal). Conocido hasta lo sumo es su efecto: la digestion se paraliza; el estómago se convierte por algunas horas en saco inerte, reteniendo los alimentos tal como se han ingerido; el intestino detiene igualmente sus movimientos, y las materias permanecen en el sitio donde les alcanzó la accion rápida del alcaloide si ha sido administrada por inyeccion hipodérmica. Este efecto referido, y bien expresado, por los desgraciados que han caido en la deplorable manía del abuso de la morfina, cesa de ser igual cuando se ha adquirido la tolerancia. Son entónces otros los fenómenos observados y de los cuales no debemos ocuparnos aquí; pero conste el hecho sobre el cual todos están de acuerdo: la morfina ejerce una accion *paralizante* sobre el intestino. Esto por lo que hace al remedio. Veamos lo relativo á la enfermedad. ¿Qué clase de obstrucciones intestinales son susceptibles de tratamiento médico?..... Como tipo citaremos en primer lugar la detencion y acúmulo de materias en ciertos puntos del intestino grueso, particularmente en el *ciego*. Estas detenciones reconocen por causa más frecuente la paresia del intestino, ya porque lentamente se ha dejado dilatar y pierde gradualmente su resorte, ya por estados flegmásicos parciales más ó ménos acentuados. El Sr. Jimenez describió con

maestría la forma de obstruccion intestinal hecha en el ciego y cuyo aspecto de elevacion prolongada, estrecha, dura, le hacian comparar con un plátano y designaba con el nombre extravagante de *platanismo*. Fué para esa forma de obstruccion justamente para la que instituyó el tratamiento médico de que haremos mencion y cuyos resultados frecuentemente son brillantes. ¿Existen algunas otras formas en las que el tratamiento médico del Dr. Jimenez pueda tener benéfica influencia? Sí, evidentemente: las otras formas son la invaginacion intestinal, y algo, muy poco, ciertas hernias. Expliquémonos. Queda entendido que la dificultad principal estriba en el diagnóstico exacto y todo el mundo reconoce no ser tan sencillo establecer la diferencia entre algunas de las formas. La invaginacion, por lo comun, es precedida de un cólico más ó ménos violento, y es precisamente la intensidad de este cólico su desigualdad en la contraccion lo que determina la invaginacion. El tratamiento médico del Dr. Jimenez puede comprenderse durante unas veinticuatro horas, despues de las cuales, si no da resultado, debe sin vacilacion recurrirse á la laparotomía.

Indicamos que en cierta clase de hernias podria tambien emplearse el método de Jimenez, al ménos por un corto espacio de tiempo. Parte de su método, la cloroformizacion, en las hernias inguinales, el método completo en las hernias intestinales al través del diafragma. Esta clase de hernias son muy raras ciertamente, pero con todo y su rareza nosotros las hemos observado tres ocasiones, dos en el servicio médico del Sr. Jimenez en el Hospital de San Andrés; otra ocasion, en el servicio del Dr. Lavista. Una vez el Sr. Jimenez hizo su diagnóstico preciso, las otras ocasiones se ha desconocido el orígen real de la obstruccion. Bueno es tener presente que forzosamente hay una cicatriz de antigua herida penetrante de pecho ó vientre, herida que interesó el diafragma y cuya abertura persiste dejando á lo mejor estrangularse á través de ella al intestino. Deciamos: en esta forma rara de obstruccion, está bien justificado el empleo de todo el método usado por Jimenez, y si en *ocho ó doce horas no da resultado*, recurrir á la operacion por aventurada que parezca, pues la muerte sin ella es segura.

Respecto á las otras formas, torcion del intestino sobre sí mismo, nudo, ó torcion sobre bridas peritoneales, no puede hacerse el diagnóstico diferencial, pero ni aún hecho podria ofrecer gran ventaja el tratamiento médico. Diagnosticada esta especie de obstruccion no queda otro recurso que abrir el vientre. Bueno es recordar la frecuencia con que en esta última clase de obstrucciones, hay el antecedente de uno ó más peritonitis; pero aun así y con todo su diagnóstico es muy difícil, máxime el del sitio preciso de la torcion.

Recorridas ya á grandes rasgos las principales formas de obstruccion intestinal, veamos ahora cómo debe aplicarse el tratamiento médico.

En la forma de obstruccion por paresia y dilatacion consecutiva del ciego, forma que ya dijimos ser bastante frecuente, el Sr. Jimenez empleaba *la cloroformizacion repetida, suaves maniobras sobre el tumor intestinal y grandes lavativas* aplicadas durante los *prolongados períodos de anestesia*. Resultado: la anestesia general domina el dolor y sin parálisis especial del intestino, facilita, ayudada por las maniobras sobre el tumor y por las lavativas que excitan la contraccion intestinal, facilita, decimos, el restablecimiento del curso de las materias en el intestino y por lo mismo la pronta curacion del enfermo. Pocos médicos mexicanos han dejado de practicar este método, y todos de seguro convienen en su eficacia é inocencia. ¿Pasará lo mismo con la morfina? ¿Su uso en estos casos conducirá á resultados análogos? Bajo ningun concepto podemos creerlo, porque este medio solo va á dominar el elemento dolor y lo domina por accion paralizante indudable, es decir, produciendo justamente aquello que deseamos combatir. Se objetará que con el cloroformo pasa otro tanto; pero basta para rebatir la idea, recordar que la anestesia clorofórmica no disminuye la contractilidad de los músculos de la vida orgánica, su accion sobre ellos es ménos acentuada que la de la morfina, y por último son ya numerosos los hechos de obstrucciones intestinales combatidas por este método y combatidas felizmente.

No desconozco ni pretendo contrariar la idea de que alguna vez la morfina, aplicada á dominar un cólico violento yugula el dolor y *facilita la evacuacion del intestino*. Exacto, exactísimo es esto, y parece bien contradictorio con lo que venimos sosteniendo, mas no hay tal contradiccion. En el cólico intestinal, la contraccion es parcial, exagerada y por lo mismo dolorosa: no se puede evacuar con cólico porque cesan las contracciones vermiculares apacibles y las materias se encuentran retenidas en el intestino, como se retendria una bola entre un tubo de caoutchouc, si en vez de impulsarla gradualmente de atrás á delante, oprimimos fuertemente el tubo, ya ántes, ya despues de la bola.

La morfina hace cesar el espasmo del intestino, lo relaja, lo afloja, lo suelta, en fin, y las materias recobran su curso y su camino aunque con mayor lentitud que la de costumbre por la paresia originada con el alcaloide. Si en esas condiciones (de cólico intestinal) se aplicase la cloroformizacion, no hallándole otras contraindicaciones, de seguro

se evitarian más ciertamente que con la morfina, algunos casos de invaginacion.

Constituida ya la obstruccion por paralisis intestinal, no nos cansaremos de repetirlo, las cloroformizaciones continuadas son las que producen los mejores resultados, agregando, como deciamos, el uso de las grandes lavativas que nosotros aplicamos con el tubo rectal y en su defecto con una sonda esofagiana.

Este tratamiento médico, tan racional como sencillo, honra á su autor y á él se deben repetidos é indudables éxitos.

Deciamos que en la invaginacion puede hallar tambien sus indicaciones al ménos por algunas horas. Como comprobante podria agregar, entre otros, un hecho que me fué dable tratar en mi servicio del Hospital de San Andrés.

Refiérese á un individuo que durante dos ocasiones y siempre precedidos de violentos cólicos, tuvo accidentes de invaginacion intestinal. A ese diagnóstico me condujo, por una parte, el orígen del mal, y por otra, la rapidez en sus manifestaciones: esta rapidez no se observa en la obstruccion por paralisis, allí el peritoneo está libre y la obstruccion puede tolerarse por mucho más tiempo. En la invaginacion y por lo comun en todas las otras formas, *cogido el peritoneo*, los accidentes son prontamente mortales, vómitos prematuros, concentracion de fuerzas, timpanismo más exagerado, descomposicion del semblante, pequeñez del pulso, etc., etc.; pues bien, fundado en esos datos, traté dos veces á mi enfermo con solo tres meses de intervalo por los mismos medios, *cloroformizacion* y *lavado del intestino*, y el resultado más feliz coronó mis esfuerzos. Al cabo de un año, este mismo enfermo volvió al hospital con accidentes iguales; pasó á otro servicio: se le operó abriendo el vientre y sucumbió pocas horas despues. Yo creo que bien averiguada la invaginacion ó por lo ménos con datos de presuncion, no debe descuidarse intentar el restablecimiento del curso de las materias en el intestino por el tratamiento del Sr. Jimenez, y si despues de 24 ó 20 horas no se consigue, recurrir á la operacion.

Indicamos tambien que en ciertas formas de hernias, las diafragmáticas, podria tambien ponerse en planta. Ya hicimos presente cuán difícil juzgamos el diagnóstico preciso de esta variedad; pero suponiendo al médico suficientemente sagaz como en su caso lo fué el Sr. Jimenez para establecer el diagnóstico, se concibe que no es imposible que el aflojamiento de las asas intestinales por la cloroformizacion y luego la contraccion suave, regular, moderada, que determina la abundante inyeccion de agua, no es imposible, repito, que pudiera llevar alguna ocasion á buen término, tan grave como extraño padecimiento. De todos modos, el ensaye ó tentativa no debe prolongarse más allá de 12 horas, pasadas las cuales, si no da resultado, deberia procederse sin vacilacion á la operacion.

En suma, de todo lo dicho podriamos concluir:

1º Por su accion paralizante, la morfina está contraindicada *en todos* los casos de obstruccion intestinal.

2º En la obstruccion por detencion de materias ó paralisis del intestino, el tratamiento único racional, es el del Sr. Jimenez, cloroformizacion repetida, con abundantes lavados del intestino durante la anestesia, hechos estos lavados con la sonda rectal ó esofagiana inyectando abundante cantidad de agua ligeramente tibia, y ayudando, si fuere necesario, con maniobras de malaxacion é impulsion de las materias á través de las paredes del vientre por medio de cuidadosa palpacion.

3º Halla aplicacion formal el método del Sr. Jimenez, aunque más restringida en los casos de obstruccion por invaginacion.

4º Puede aplicarse aún, por ménos tiempo todavía, en los casos de obstruccion por hernia á través del diafragma.

5º En heridas de esta especie el método se indica por sí solo: debe cloroformizarse al enfermo é intentar la reduccion, operando prontamente si aquella no se consigue.

6º Está contraindicado ó por lo ménos este tratamiento médico será completamente inútil en los casos de torcion del intestino ú obstruccion por bridas peritoneales ú otras.

Tal es á grandes rasgos la marcha que se sigue en la capital de nuestra República ante los terribles accidentes de la obstruccion intestinal por cualquiera de sus múltiples causas.

Podriamos agregar en apoyo de nuestras aserciones la relacion más ó ménos compendiada, pero sí siempre numerosa de hechos que las comprueban. Esto nos parece absolutamente inútil, toda vez que en la capital la opinion médica es uniforme ó poco ménos.

Escribimos para los que ignoran la práctica mexicana y seguros estamos de que no se arrepentirán de imitarla.

A vuela pluma hemos señalado algunos de los hechos más culminantes relativos á ciertas formas de obstruccion intestinal: no concluiremos sin recordar á los jóvenes médicos este precepto, indudablemente verídico y útil:

Ante un enfermo de obstruccion intestinal, debe buscarse:

1º Si hay detencion de materias en el ciego.

2º Si hay alguna hernia inguinal, crural, abdo-

minal ó diafragmática (esta solo puede presumirse por cicatriz evidente de antigua herida penetrante de pecho ó vientre).

3º Si ha habido peritonitis anteriores.

4º Si el mal ha sido precedido de cólicos más ó ménos violentos. Segun estos datos, se podria pensar en *paralisis del intestino* y en *estrangulacion*, en *torcion*, ó en *invaginacion intestinal*.

Quedan asentadas ya muy someramente las indicaciones terapéuticas. Hé aquí en extracto los puntos culminantes del estudio de la obstruccion intestinal; no hemos hecho mas que apuntarlos. ¡Ojalá sirvan estos apuntes para uniformar la opinion en todo el mundo médico, con provecho de los desgraciados, víctimas de semejante mal!....

México, Mayo de 1888.

DEMETRIO MEJÍA.

EL MASSAGE EN GINEGOLOGIA.

(Centralblatt für dée Gesammte medicin nº 32 1887*)*.
(Traducido directamente del Aleman, para la "Revista Médica de México).")

(Concluye).

Por absurdo que parezca que semejantes afecciones puedan ser curadas por el *massage;* por increible que sea que un útero en prolapsus antiguo, pueda ser reducido á su posicion normal sin recurrir á un método operatorio, es sin embargo un hecho del que estoy profundamente convencido: un prolapsus de la matriz puede ser curado por el *massage*.

En una publicacion reciente, titulada: "*Une nouvelle mèthode gymnastique pour le traitement des maladies des organes du bassin*," apunta Brandt una série de casos curados por este medio; seis de ellos fueron presenciados por médicos que pudieran atestiguar el éxito. Hertelius ha publicado doce casos de prolapsus de la matriz, tratados por Brandt, de los cuales seis han curado; yo he observado dos casos de curacion y Skutsch refiere otro caso en el núm. 13 del *Fortschritte des Medicin*.

Es sumamente difícil explicar la accion del método de Brandt.

Se obtienen mejores resultados en los casos en que se trata de jóvenes fuertes y en aquellos en que el mal es reciente; por el contrario, cuando las paredes del vientre están sumamente flojas ó el sistema muscular del bajo vientre se encuentra atónico, el éxito es dudoso.

Brandt cree que así como por una gimnástica general llegamos á fortalecer todos los músculos de nuestro cuerpo, así tambien hay la posibilidad de fortalecer los elementos musculares destinados al sostenimiento del útero, por medio de movimientos combinados y bien dirigidos.

Los estiramientos hácia arriba de la matriz consisten en tomar este órgano á través de las paredes abdominales y estirarlo hácia arriba, lo más alto que se pueda, haciendo el *massage* de los ligamentos suspensores; para ejecutar estos movimientos, es necesario que un asistente introduzca un dedo en la vagina y pueda rectificar la maniobra. Reibmayr ha intentado explicar la manera cómo se ejecutan las manipulaciones; pero su descripcion no es enteramente exacta, porque no habiéndolas visto nunca, no ha podido trazar un cuadro completo.

La manera de ejecutarlas es la siguiente: la persona destinada á hacer el *massage*, se coloca de un lado de la paciente, repone el útero en su posicion normal, y luego, introduciendo el dedo índice de la mano izquierda en la vagina, comprime la porcion cervical de la matriz hácia atrás, miéntras que el asistente que está colocado delante de la enferma introduce profundamente las extremidades de los dedos de las dos manos á través de las paredes del vientre inmediatamente arriba de la sínfisis del púbis; toma la matriz y la sube lo más alto posible; la abandona despues, pero el encargado de hacer el *massage* tiene cuidado de que la matriz descienda lentamente.

Con este objeto, Brandt coloca á sus enfermos en la posicion genipectoral, ó bien acostadas sobre el vientre, durante diez minutos, para disminuir así la presion intrabdominal y la tension del diafragma y demás músculos abdominales. Estos estiramientos se repiten tres ó cuatro veces en cada sesion, teniendo siempre cuidado de que la vejiga esté vacía. La duracion del tratamiento podrá ser de cuatro ú ocho semanas si se posee la habilidad técnica necesaria.

Evítese toda clase de marcha durante los primeros dias del tratamiento (lo mejor es prescribir el reposo en la cama) pues los resultados son nulos ó poco apreciables si la mujer está obligada á emprender trabajos fuertes, subir escaleras ó permanecer largo tiempo de pié. Asimismo deben tratarse por medios apropiados, la constipacion, congestiones, palpitaciones, etc., que frecuentemente acompañan á las afecciones genitales.

El trabajo del *massage* debe confiarse exclusivamente á un Ginecologista versado en las manipulaciones del método y capaz de hacer un diagnóstico preciso de la enfermedad, *conditio sine qua non*, el tratamiento no tendria ningun resultado benéfico.

Ojalá que este corto relato fije la atencion de los gidecólogos sobre método tan importante para que sancionado por la práctica, reciba el aplauso que merece.—*Dr. Alfred. Resch*, Médico asistente en la clínica quirúrgica de Greifswald.

CRONICA DE HOSPITALES.

HOSPITAL DE SAN ANDRES.

Mastoiditis supurativa sobrevenida despues de un traumatismo del conducto auditivo externo.—Curacion. —La mujer X, oriunda de Coyoacan, de 38 años de edad, cocinera, habita en la calle del Refugio número 20.

Se presentó á nuestra observacion el dia 5 de Abril y nos refirió que hace un año sufre de un oido á consecuencia de habérselo lastimado con un popote. Entónces, segun su dicho, aparecieron signos de inflamacion del conducto auditivo externo, y poco despues se hicieron extensivos á la region mastoidea. Parece que esta lesion fué crónica desde el principio, pues duró algunos meses, y despues de una corta intermision, volvió á exacerbarse acentuándose entónces más en la region mastoidea que se abultó, se hizo muy dolorosa, produjo reaccion y solo disminuyeron algo estos síntomas, cuando una cantidad de pus hubo salido espontáneamente por una pequeña abertura fistulosa que se formó en la pared posterior del conducto y por la que la paciente hacia evacuar el foco á voluntad, por medio de presiones hechas en la region mastoidea. El dia de la observacion la paciente sentia exacerbados todos sus padecimientos y decia tener alucinaciones del oido y sordera; se pudo apreciar una tumefaccion edematosa en la region mastoidea, *sin desaparicion del surco auricular*, dolorosa á la presion que hacia salir pus por la abertura fistulosa situada en la parte posterior del conducto auditivo externo, distante dos centímetros del antitragus. Prévia anestesia, se hizo una incision exploradora en forma de T, cuya rama horizontal se encontraba arriba al nivel de la pared superior del conducto auditivo y cuya rama vertical á un centímetro atrás del surco auricular.

Penetróse en todo el espesor de los tejidos blandos, notando la infiltracion purulenta de éstos, hecho que estaba demostrado por el efecto que producia la presion digital; se observó además que en la parte anterior de la region, la piel y las partes blandas estaban despegadas del apofísis mastoide, cubierto en su mayor parte por el periosteo.

Un estilete introducido cuidadosamente entre los tejidos y el hueso para averiguar los límites del despegamiento, mostró que éste se extendia hasta la pared misma del conducto auditivo. En el punto en que se encontraba la abertura fistulosa, el hueso estaba desnudo y con una pérdida de sustancia; el dedo pequeño, empleado como medio para hacer más completa esta exploracion, corroboró los datos adquiridos y se pudo apreciar la forma irregular y diámetro de la cloaca.

Con estos datos, teniendo ya por cierto el conocimiento del sitio anatómico de la afeccion, y sospechando su naturaleza, se creyó necesario practicar dos coronas de trépano unidas tangencialmente entre sí y tocando la cloaca por uno de sus bordes. De esta manera, la salida de los productos flegmásicos de consistencia líquida seria relativamente fácil; en caso de haber alguna porcion de hueso destinada á eliminarse, encontraria por esta vía un camino abierto.

Tal idea se realizó continuando las incisiones de los tejidos blandos, despegando el periosteo y practicando dos coronas de trépano de 5 milímetros de diámetro cada una. Las rodelas de hueso extraidas en la operacion indicaban el espesor de la porcion compacta del apofísis mastoide (dos centímetros de espesor próximamente). La exploracion combinada con dos estiletes al través de las aberturas extremas, demostraba la pérdida completa de las células mastoideas y no hacia sospechar la existencia de secuestro alguno. La pared interna del apofísis mastoide parecia intacta.

Despues de esta intervencion, se canalizó la herida con un tubo de goma y se colocó una curacion con yodoformo y empaque algodonado de Guérin. La marcha del proceso de reparacion no ha podido ser más feliz; ni un solo dia se ha elevado la temperatura, y la flegmasia perifocal ha sido muy limitada; la supuracion, abundante al principio, ha disminuido considerablemente; la herida operatoria va reduciéndose rápidamente.

En la actualidad, ha desaparecido la fístula, y la solucion de continuidad ha quedado reducida al espacio que ocupa el tubo de canalizacion. El pus que sale por ese conducto es muy escaso, y aun cuando en el fondo de la herida se ve descubierto el hueso, los datos referidos, de concierto con el extraordinario alivio sentido por la enferma, por la desaparicion completa de los sufrimientos que de un año á esta fecha le ocasionara su afeccion, hacen esperar que ésta tendrá prontamente un término feliz.

Dr. M. Cordero.

HOSPITAL JUAREZ.

Herida penetrante de pecho.—Herida probable de la arteria intercostal.—Reseccion costal y canalizacion de la pleura.—Curacion.—Felipe Zapata, de 26 años, oficio cantero, constitucion mediana, solo ha padecido reumatismo articular agudo de cuya afeccion curó hace algunos años. El 23 de Agosto de 86

recibió una herida de daga, en el 6º espacio intercostal izquierdo, al nivel de la línea axilar, de forma crucial y como de 2 centímetros de extension. Perdió una gran cantidad de sangre y tuvo un síncope prolongado despues de la lesion. Recibió los primeros auxilios en una Comisaría, en donde cerraron la herida por dos puntos de sutura. Fué trasportado á la Sala de Clínica, diagnosticando el Sr. Dr. J. Villagran, entónces jefe de Clínica, herida penetrante de pecho, y como probable, herida de la arteria intercostal.

Al siguiente dia apareció emfisema subcutáneo, que partiendo de la herida se extendió rápidamente á todo el lado izquierdo del torax y á la pared del vientre; temperatura, 38°; pulso frecuente y débil, piel y mucosas muy pálidas, lipotimias, tos seca, decúbito lateral izquierdo imposible. Curacion de la herida con baudrouch y colodion.

Agosto 26.—38°2 a. m.—El emfisema ha disminuido; se diagnostica derrame pleural, cuyo límite superior pasa el ángulo inferior del omóplato izquierdo, parece libre y se cree de naturaleza seroso. Tratamiento antiflogístico y vejigatorio.

Setiembre 3.—Recibo este enfermo del Dr. Villagran, quien me refiere el estado anterior y el tratamiento que empleó los dias subsecuentes, el cual se redujo á la oclusion de la herida que ya cicatrizó y al empleo de otros tres vejigatorios, colocados sucesivamente en la parte anterior, lateral y postero superior del torax, los que en nada influyeron para disminuir dicho derrame. Encontré el lado izquierdo del torax muy abultado en su parte inferior, borrados los espacios intercostales y disminuidas las vibraciones y la excursion torácica, 37°8 a. m., 39° p. m., pulso débil y frecuente, ortopnea, tos frecuente, lipotimias, los latidos cardiácos acelerados y débiles. Me decidí á puncionar el derrame con el aspirador Potain, para inquirir la naturaleza del líquido, que por el poco éxito del tratamiento perseverante que habia empleado el Dr. Villagran, sospechaba no era seroso; introduje el trocar capilar hácia abajo y atrás, atravesando una capa de tejidos resistentes, hasta encontrar el 9º espacio intercostal, pudo girar en todos sentidos y dió salida á 120 gramos de sangre de color oscuro, que examinada con el microscopio me reveló la existencia de glóbulos rojos muy deformados y aglomerados entre sí por detritus fibrinosos, y glóbulos blancos en notable proporcion. No me cupo ya duda sobre la mejor intervencion, que se reducia á dar salida al derrame á la mayor brevedad, ántes que se hiciera purulento, y á hacer la asepsia de la cavidad pleural, para lo cual solo faltaba elegir el punto más conveniente de la debridacion.

Setiembre 4.—Antes de proceder á la operacion volví á examinar los contornos de la herida y noté un abultamiento del 6º espacio intercostal, hacia adentro de la herida, de forma ovalar y fluctuante; creyendo que se trataba de un absceso procedí á puncionarlo con el bisturí y con sorpresa ví salir un gran chorro de sangre muy oscura, que aumentaba con los movimientos de espiracion del enfermo y el que dejé salir hasta completar 1,000 gramos. Introduje el dedo despues de ampliar la puncion y encontré la 7ª costilla cariada y fracturada. Por temor de evacuar en una sola vez el vasto hemotorax, trasferimos el Sr. Villagran y yo la operacion para el dia siguiente, despues de encontrar, por una verdadera casualidad, el sitio de eleccion del empiema y la conveniencia de resecar los extremos cariados de la 7ª costilla. Oclusion perfecta de la herida con baudrouch y colodion y vendaje compresivo. En la noche subió la temperatura á 40° despues de un prolongado calosfrío; la cantidad de sangre extraida, no alivió en lo más mínimo el estado angustioso del paciente.

Setiembre 5.—Hice ver al enfermo el peligro de la cloroformizacion y consintió con entereza en que se le operara, prescindiendo de este benéfico recurso.

Incision en T invertida, reseccion superióstica de los dos fragmentos de la 7ª costilla, no encontrando los cabos de la arteria intercostal, que probablemente se habian retraido despues de haber vertido una gran cantidad de sangre, que en su mayor parte se dirigió á la cavidad pleural constituyendo el hemotorax que pasó desapercibido los dos primeros dias. Debridé la pleura al nivel de la herida y dejé salir en varios tiempos el contenido, haciendo descansar al enfermo y fortaleciéndolo con vino Jerez; extraje 6,450 gramos de sangre que sumados con los 120 de la primera puncion, y los 1,000 de la víspera, completaron el increible guarismo de 7,570 gramos. Lavatorio antiséptico muy amplio con la solucion de bicloruro al ½ por 1000. Canalizacion de la pleura con dos tubos de 0m 15 de largo, curacion de Líster y vendaje.

El enfermo respira con suma facilidad, y es trasportado á su lecho, administrándole en seguida una pocion cordial. Noche 37° 6, pulso 98′ p. m., duerme por la primera vez despues de varios dias.

Setiembre 8.—M. 37° 6, N. 38° 2; pulso y respiracion normales. Se descubre el apósito y despues de lavatorio antiséptico, se ve en el fondo de la herida, la pleura pulmonar cubierta de granulaciones blanquizcas y notablemente engrosada, percibiéndose los movimientos de expansion del pulmon que se ha desplegado, pero sin llenar por completo la vasta cavidad.

Setiembre 10.—Por no haber fijado los tubos el

practicante de guardia, al descubrir la herida se nota que falta uno de ellos, se busca inútilmente en las piezas de la curacion, y se adquiere la certeza que se encuentra en la pleura. Tentativas infructuosas hechas con sondas blandas. N. 38°4.

Setiembre 11.—El Sr. Prof. Dr. T. Núñez introduce unas largas pinzas con extremo en forma de pico de pato, hácia el seno costo diafragmático, despues de colocar al enfermo en la posicion genipectoral; cree sentir el tubo pero fracasa en repetidas tentativas de extraccion. Se iba á abandonar la pesquisa para el siguiente dia, cuando al cambiarse el enfermo de la posicion anterior para sentarse en la mesa de operaciones, ví atravesar el tubo por el fondo de la herida, para dirigirse hácia la parte inferior de la cavidad, lo detuve con dos dedos que introduje en la herida y pude extraerlo con las pinzas de curacion.

Setiembre 14.—M. 37°6, N. 39°2.—La supuracion secretada por la pleura, no ha aumentado, y se explica la elevacion vesperal de la temperatura, por la aparicion de un absceso flegmonoso de la parte posterior é inferior del torax izquierdo, y cuya formacion atribuyo á la trasudacion probable de la sangre descompuesta y por consiguiente el principio datando de varios dias. Debridacion y raspa de las paredes del absceso flegmonoso, canalizacion y curacion de Lister. No volvió á elevarse la temperatura desde este dia.

Setiembre 16.—El flegmon curó y quedó una cicatriz trasversal de ocho centímetros de largo. La conformacion de este lado del torax es normal, la supuracion pleural va disminuyendo cada dia, la herida se ha estrechado y se han cubierto los extremos de costilla resecada. Se acortan los tubos y solo se practican tres curaciones por semana.

Diciembre 6.—La herida se ha estrechado hasta el punto de admitir solamente un delgado y corto tubo de canalizacion que se introduce todavía por precaucion, pues apénas habrá media onza de pus. Estado general satisfactorio. La respiracion es normal y parece que el pulmon se ha desplegado hasta alcanzar la pared costal, porque el sonido de la percusion es igual al del lado derecho, y auscultando se oye muy cerca el murmullo respiratorio. Hasta un mes despues de la operacion el sonido era timpánico, y se oia soplo amfórico que en la actualidad no se percibe. Alta.

NOTA.—Ví al enfermo dos meses despues de su alta y no se desmentia la curacion, comenzaba á trabajar en su penoso oficio de cantero.

DR. F. HURTADO.

REVISTA EXTRANJERA.

FISIOLOGIA.

LAS VÍAS CENTRÍPETAS DEL REFLEJO DEL ESTORNUDO.—Las experiencias de E. Wertheimer y H. Surmont han conducido á las siguientes conclusiones:

1º la excitacion del lóbulo olfativo no provoca ni estornudo, ni movimiento reflejo alguno.

2º. El ramo etmoidal del nervio nasal de la rama oftálmica, representa habitualmente la vía centrípeta, única, exclusiva, del reflejo del estornudo, cuando éste parte de los fosas nasales.

3º El punto de partida del estornudo de orígen ocular, está en los nervios ciliares.

PATOLOGIA EXTERNA.

DE LA URETROTOMÍA EXTERNA.—(Extracto de una leccion de Clínica del Dr. Guyon).—Me ha parecido interesante, á propósito de siete uretrotomías externas practicadas en el curso del año de 1887, hablaros hoy del manual de esta delicada operacion; de ciertas particularidades referentes á estas siete uretrotomías, cuyas consecuencias nos conducirán á insistir sobre algunos puntos verdaderamente interesantes en su práctica.

La exposicion del manual operatorio, será mucho más clara, si definimos estrictamente el objeto que persigue el cirujano en esta operacion, y las condiciones patológicas en las cuales la practica.

Las condiciones operatorias son siempre las mismas. La seccion perineal externa no es hoy lo que Syme (de Edimburgo) ha querido hacer de ella: un método general de tratamiento de los estrechamientos que puede competir con la uretrotomía interna. No, es solamente una operacion de necesidad, reservada á los estrechamientos uretrales clínicamente infranqueables. Estamos siempre en presencia de una uretra, en la que se han agotado todos los recursos quirúrgicos. Las diversas bujías finas, las pequeñas sondas metálicas curvas de que los ingleses hacen frecuente uso, pero cuyo empleo no está exento de peligros, nada ha podido atravesar la uretra. El enfermo orina mal y está amenazado á la retencion incompleta de la órina á graves accidentes renales; es, pues, indispensable obrar y restablecer, á todo precio, la permeabilidad de la uretra: tales son las condiciones operatorias. Descubrir la region del estrechamiento, incidir para introducir la sonda en la vejiga; restablecer, en fin, por la sonda y sobre ella la continuidad del canal: hé aquí el resultado á que se debe tender.

Estudiemos los tiempos sucesivos de la operacion:

El primer tiempo operatorio es sencillo y no se presta á ninguna divergencia; es la incision preliminar del canal sano, inmediatamente adelante del punto estrechado. El cirujano introduce en la ure-

tra el cateter de Syme, cateter curvo, delgado, de extremidad estrecha, canalado sobre su cara convexa y lo conduce hasta el punto estrecho. Sobre esta sonda canalada y curva, cuya convexidad se hace marcar sobre los tegumentos, el cirujano incide directamente todas las capas del perineo y la pared uretral; el primer tiempo está terminado sin dificultades: estamos en la entrada del punto estrecho.

El segundo tiempo es el que pide mayores cuidados y método. Es la parte verdaderamente difícil de la operacion. La primera precaucion, es crear un campo operatorio tan amplio y bien limitado como sea posible y en el cual se pueden dirigir libremente las maniobras: se obtiene este resultado, haciendo separar metódicamente los bordes de la incision, para lo cual yo empleo el medio aconsejado por Sédillot, Civiale y Voillemier; paso en los labios del ojal de la uretra, dos asas de hilo, una á la derecha y la otra á la izquierda, confío á dos ayudantes estas asas y recomiendo que se mantengan igualmente tensas. Un último artificio sirve para fijar el punto anterior del campo operatorio: introduzco una bujía fina por el meato de la uretra y tomo su extremidad por la herida perineal, la doblo sobre la cara inferior del pene y reuno sus extremidades con un hilo. Esta bujía forma así una asa completa que permite mantener el pene extendido sobre la línea mediana. De esta manera, los tres ángulos del campo uretral, laterales y anterior, están indicados y fijos por la tension de las dos asas y de la bujía encorvada: tenemos á la vista la region en que se encuentra el estrechamiento.

¿Debemos sin otra maniobra preliminar, ensayar el cateterismo del canal estrecho cuyo orificio anterior acaba de ser descubierto? ¿Debemos, al contrario, tomar el bisturí y atravesar, incidiéndola, la region estrechada?

Lo primero seduce más; parece que á va poderse, al fin, insinuar un instrumento en esta hilera estrecha, cuya entrada no hubiera podido franquearse á distancia.

Desgraciadamente casi siempre se encuentran las mismas dificultades, los mismos tanteos para introducir un delgado conductor, que cuando se trata de introducir este mismo conducto por el meato. Sin embargo, es preciso ensayar, porque en caso de éxito, el conductor permite incidir sobre él los tejidos; no desdeñeis esta ventaja, si se os presenta, practicad la seccion del estrechamiento con el bisturí: este es el segundo tiempo de la operacion.

El campo operatorio está bien preparado: el cirujano guardando rigurosamente la línea média y siguiendo los tejidos morbosos que debe atravesar comienza á incidir de adelante á atrás la region estrechada. Los límites de la incision son muy marcados: comienza á donde principia la porcion estrechada y acaba al nivel del ligamento sub-pubiano, en la parte inferior de la sínfisis.

Este ligamento es fácil de reconocer con el dedo introducido en la herida ó en el recto, pues es un arco fibroso extendido de un pubis al otro que forma una viva arista bajo la sínfisis.

Al nivel de este punto, se abre la porcion membranosa de la uretra. Llegados ahí, estad ciertos de que habeis franquedo el estrechamiento: las estrecheces, que no suceden á una fractura de la pélvis, se limitan siempre á la porcion perineal de la uretra y no invaden nunca la porcion membranosa. El segundo tiempo de la operacion consiste entónces: en incidir con ó sin conductor *todo el espesor y toda la longitud* del estrechamiento. En todo caso, se dividen tejidos duros y cicatriciales que rechinan al corte de escalpelo, que se sienten con el dedo y cuya seccion se *ve* claramente; sois en realidad conducidos.

Separad los tejidos fibrosos á medida que los vayais dividiendo, para no perder la línea média; para ello tomad los bordes de la incision con las erinas simples ó dobles, curvas y aguzadas de que se sirven los anatómicos. Se ha pensado en abandonar la vía perineal é ir á descubrir directamente la porcion membranosa. La maniobra es difícil, porque aquí, faltos de cateter conductor, no podriamos reconocer la region membranosa, blanda y profunda. El pico de la próstata, que Demarquay propone para hacer la incision inmediatamente delante, no es un punto de partida seguro.

Se ha recurrido igualmente á la talla hipogástrica y al cateterismo retrógrado. Si me atengo á mi práctica, estoy dispuesto á pensar que tanto el primer procedimiento como el segundo, solo pueden ser considerados como un recurso excepcional; la regla, es la seccion metódica á través del perineo. *(Gazette des Hopitaux*, 29 Mars).

(Continuará).

PATOLOGIA INTERNA.

HOSPITAL DE LA PIEDAD.—*(Clínica del Profesor Jaccoud).*—ERISIPELA DE LA CARA; DETERMINACIONES MÚLTIPLES. (RESÚMEN).—Cuando los síntomas que caracterizan una erisipela, siguen, por decirlo así, una marcha normal; cuando nada aparece fuera del cuadro clínico de esa enfermedad, parece difícil ver en esta afeccion un orígen infeccioso capaz de producir determinaciones múltiples como sucede en otros estados infecciosos, tales como las fiebres eruptivas. Sin embargo, este carácter infeccioso está demostrado aun en los casos más sencillos, por la defervescencia de la fiebre: se puede admitir en principio que en todas las enfermedades en que la deferves-

cencia brusca es la regla, son enfermedades infecciosas; ahora bien, este es uno de los caractéres culminantes de la erisipela, zafo los casos en que las complicaciones modifican este modo de defervescencia.

La observacion de los casos más complexos conduce á la misma conclusion, porque existen aquí una multitud de accidentes que no pueden ménos que implicar un carácter infeccioso.

Los accidentes cardiacos, señalados por el profesor Jaccoud desde 1868 deben contarse entre los más comunes. Se presentan generalmente al aparecer el exantema, rara vez al fin de la erupcion, más rara vez aún ántes de su aparicion. El más frecuente es la endocarditis mitral caracterizada por un soplo sistólico en la punta.

Puede haber asociacion de una pericarditis ó de una miocarditis, pero el hecho no es comun. Esta endocarditis cura casi siempre, el soplo persiste algun tiempo y acaba por extinguirse; pero puede dejar una lesion permanente y aun contribuir á la muerte cuando se encuentra asociado á una nefritis. Esta asociacion es sumamente grave en la erisipela y en la pneumonía.

Las manifestaciones renales son tambien frecuentes; pero aquí se ha exagerado mucho diciendo que la albuminuria es un hecho *constante* en la erisipela; cierto que es frecuente, pero no constante; cométese tambien un error en atribuir siempre la albuminuria á la existencia de una nefritis difusa, por más que en algunos casos mortales se hayan encontrado las lesiones propias á esta nefritis. Preciso es admitir que la albuminuria es frecuente en la erisipela, pero que se muestra bajo dos formas: una, en la que se trata de una simple perturbacion funcional que se ha explicado por la supresion de las funciones de la piel ó por la elevacion de temperatura; la otra, en que la presencia de la albumina en la orina no es mas que un elemento, porque está acompañada de glóbulos rojos y blancos, cilindros epiteliales y microbios.

El estado infeccioso de que nos ocupamos puede producir sobre el aparato gastro-intestinal dos modalidades clínicas: 1º la enteritis catarral con diarrea mucosa, que no modifica el pronóstico; 2º ulceraciones intestinales situadas en la parte más alta del intestino delgado (vómitos biliosos, dolores epigástricos espontáneos ó á la presion, diarrea abundante, sanguinolenta, disentérica, tenesmo), y aun la ulceracion de las placas de Payer, lo que demuestra, una vez más, la naturaleza infecciosa de la enfermedad.

La erisipela lleva á veces sus determinaciones sobre el hígado produciendo hepatitis, sobre el bazo produciendo el reblandecimiento de su sustancia, sobre el aparato respiratorio, y á este respecto debemos establecer una distincion: la erisipela puede producir una pneumonía por propagacion y puede producirla á distancia; en este último caso, aparecerá la pneumonía sin que haya existido laringitis ni traqueritis. La pleuresía es relativamente frecuente, el derrame permanece seroso si la evolucion de la erisipela es normal.

Las alteraciones cerebrales pueden ocupar dos sitios: las meninges y el encéfalo. Las alteraciones meningeas no son raras y aun es extraño que no sean más frecuentes; debemos guardarnos de considerar como amagado de meningitis á todo erisipelatoso que tenga delirio. En cuanto á las lesiones del encéfalo, están constituidas por la congestion edematosa de la sustancia cortical.

La erisipela ataca tambien los ojos: fuera de las lesiones superficiales como la conjuntivitis, la queratitis ó la iritis, puede ocasionar lesiones mucho más graves, tales como el flegmon retro-ocular que se abre en el ángulo externo del ojo (accidentes de compresion, propagaciones inflamatorias) y la atrofía del nervio óptico que puede ser simple ó doble (rara vez), completa ó incompleta.

Por último, como la escarlatina, la erisipela puede producir sobre las articulaciones: la artritis seca, la hidartrorsis y la artritis supurativa.

Todos estos accidentes se producen por *metástasis*, palabra que no tiene otra significacion que la de *trasporte*.

No se critique, pues, á los antiguos que conocian la vía de trasporte é ignoraban la naturaleza de la materia trasportada. Los estudios modernos nos demuestran que esta manera de ver es perfectamente exacta y que la doctrina de la *metástasis* se aplica á todos los hechos del mismo órden. La mayor parte de los accidentes de la erisipela son de orígen metastático y el agente de esta metástasis es uno de los microbios mejor conocidos hoy.

TERAPEUTICA.

TRATAMIENTO DE LOS ATAQUES EPILEPTIFORMES POR LAS APLICACIONES DE PUNTOS DE FUEGO SOBRE EL CUERO CABELLUDO.—El Dr. Féré presentó un enfermo que, seis meses despues de un ataque de hemiplegía, ha sido atacado de epilepsía que se manifiesta por ataques que presentan los caractéres de la epilepsía vulgar.

El número de estos ataques, que se repetian cada quince dias, ha disminuido considerablemente por la aplicacion de puntos de fuego sobre la region del cuero cabelludo que parece corresponder á la lesion cerebral que originó la hemiplegia. El tratamiento comenzó el 10 de Febrero de 1887, y desde esta época el enfermo no ha sufrido mas que tres

accesos; el último hace cinco meses. El Dr. Féré ha obtenido felices resultados en siete enfermos colocados en análogas condiciones, lo que le hace pensar que, en gran número de casos, la lesion cerebral no hace mas que determinar la epilepsía vulgar, en ciertos individuos predispuestos, como lo haria una lesion periférica. — (*Gazette des Hop.* 27 *Mars*).

EMPLEO TERAPÉUTICO DEL FENATO DE ALCANFOR. — Se obtiene este cuerpo por la disolucion del alcanfor en el ácido fénico en la relacion de 1 á 3. Así preparado el producto, es un líquido oleaginoso, que aplicado sobre la piel provoca la sensacion de frio y sobre la superficie de una herida un ardor pasajero.

Mezclado con una cantidad igual de un vehículo aceitoso, M. Cochrane lo emplea para disminuir el dolor en los diviesos, para aminorar la comezon en el herpes y prurito vulvar. En estos casos ha obtenido efectos analgésicos.

Inyectado bajo la piel, este medicamento produce desde luego una sensacion de ardor, despues anestecia local, de suerte que puede utilizarse esta sustancia para las operaciones de pequeña cirujía.

En fin, Cochrane la prescribe al interior, bajo la forma de cápsulas á la dósis de 5 á 10 gotas. El autor no hace conocer las indicaciones de su empleo. —(*Gazette Heb.* 23 *Mars*).

HIDRATO DE CLORAL COMO VESICANTE. — Hace algun tiempo que se recomienda la sustitucion de las cantáridas por el hidrato de cloral que posee sus propiedades vesicantes, sin tener sus inconvenientes. El hidrato de cloral, bien pulverizado, se deposita sobre una rodela de género encerado y se funde todo á un calor suave. Se aplica entónces el vejigatorio sobre la piel, frotando ántes ésta con un poco de aceite. La vesicacion es rápida y ocasiona pocos dolores; además, la piel vuelve rápidamente á su estado normal. Luego que se ha formado la ámpula, es decir, 10 ó 15 minutos despues, débese quitar el emplasto porque una accion prolongada durante una hora, por ejemplo, produciria fuertes dolores y úlceras difíciles de curar. Habria un resultado análogo si se suprimiese la uncion oleaginosa.—(*Journal de Med.* de Bruxelles).

EL ÁCIDO FÉNICO Y EL CLORAL EN LA TOSFERINA. —El Dr. Salles, médico del hospital de San Andrés, preconiza el empleo del cloral y del ácido fénico en la tosferina. Ha visto sobrevenir una rápida mejoría y aun la desaparicion de los accesos de tos en un niño de tres meses, al que hizo administrar una lavativa de 40 centígramos de cloral en una cucharada de agua tibia; obtuvo un resultado igual en otro niño de edad de dos años, tratado por una cucharada de jarabe fenicado y 25 centígramos de cloral en leche.—(*Journal de Med.* de Bordeaux).

CONTRAINDICACIONES DE LA ANTIPIRINA, SU EMPLEO EN LA POLIURIA. — Huchard: la antipirina, eficaz contra las manifestaciones nevrálgicas, no produce ningun efecto en los cólicos nefréticos y hepáticos; este medicamento me parece perjudicial en la angina de pecho, en las afecciones renales acompañadas de albuminuria, en la forma renal de la fiebre tifoidea, en los arterio-esclerosos, y en general, en todas las enfermedades en que se debe evitar el disminuir la excresion urinaria.

Por el contrario, este medicamento deberá prestar servicios en las poliurias nerviosas, moderando la congestion renal. Huchard cita los trabajos de Legroux, Grummer, de Suiza, y además sus investigaciones personales sobre la eficaz aplicacion de la antipirina en el tratamiento de los diabéticos.

Philbert, declara no haber obtenido ningun resultado del empleo de la antipirina en la tosferina; pero dice que no ha observado accidentes en los niños.

Pregunta si se mejorarian los gotosos con esta medicacion.

Wickham. Sé que el Dr. G. Sée, ha tratado y trata aún en su servicio de hospital á los diabéticos por la antipirina; pero hasta ahora los resultados obtenidos están muy léjos de ser concluyentes en favor de esta medicacion.

Tripet ha administrado últimamente la antipirina á una gotosa afectada de jaqueca. — Ory declara igualmente haber aliviado á un viejo durante sus accesos de gota por dósis fraccionadas de antipirina, 2 ó 3 gramos en veinticuatro horas. Ha cesado de administrarla, porque el enfermo se quejó de comezones, y ha visto su cuerpo, sobre todo el dorso, cubrirse de una erupcion miliar. Graux no ha obtenido alivio en sus enfermos atacados de cólicos nefréticos.

Huchard. Se puede trascribir la antipirina contra las hemorragias uterinas, porque este medicamento es incontestablemente hemostático; pero si hay dismenorrea al mismo tiempo, el dolor persiste. La antipirina debe ser igualmente aconsejada contra las hemorroides en supositorios.

Cadet de Gassicourt.—En un artículo reciente el Dr. Espine ha formulado una contraindicacion absoluta del empleo de la antipirina en la pneumonía lobar, con colapsus cardiaco.

En un caso de Richardière, un niño afectado de bronco-pneumonía, sucumbió en el colapsus despues de la administracion de la antipirina.—(*Journal de Med.* de Paris, 19 de Mar.)

TOXICOLOGIA.

INTOXICACIONES MORTALES POR EL SUBLIMADO EMPLEADO COMO ANTISÉPTICO.— Desde que se ha generalizado el empleo del sublimado como antiséptico, se encuentran cierto número de ejemplos de intoxicacion grave consecutiva á la absorcion de esta sal de mercurio, que es uno de los mejores antisépticos. Los casos conocidos de envenenamiento, han acaecido exclusivamente en la práctica obstétrica y ginecológica. Consiguientemente, algunos parteros han creido debido agitar la cuestion de saber si se debe ó no renunciar al uso del sublimado en los partos, y en las grandes operaciones del resorte de la Ginecología.

Los defensores de este antiséptico, imputan las graves intoxicaciones de que se ha hablado, al empleo de soluciones muy concentradas: nuestra mira es demostrar que dicha intoxicacion mortal puede ser y es producida por soluciones muy diluidas.

1º En un trabajo sobre la aplicacion del bicloruro de mercurio, en la práctica obstétrica y ginecológica el Dr. Ziegenspeck refiere el hecho siguiente:

En una mujer de 19 años de edad que habia parido sin dificultad y cuyos órganos genitales quedaron intactos, se hicieron durante el trabajo é inmediatamente despues del parto, irrigaciones *vaginales* con una solucion de sublimado al $^1/_{5,000}$. Al dia siguiente (13 de Marzo de 86), la temperatura permaneció en 37°4; pero tres dias despues, los loquios aparecieron fétidos. Se lavó la cavidad uterina con 4 litros de una solucion de sublimado al $^1/_{5,000}$. La temperatura que se habia elevado á 38°, bajó en seguida. El 17 de Marzo el escurrimiento loquial era inodoro.

20 de Marzo. El fondo del útero se encontraba 8 centímetros distante del ombligo. El hipogastrio sensible á la presion, el escurrimiento loquial, de nuevo fétido y de un tinte opaco. Se practicó en la cavidad uterina, un segundo lavado con una solucion de sublimado al $^1/_{5,000}$, (4 litros). Durante la irrigacion, la mujer se quejó de dolores uterinos y de una sensacion de quemadura en el vientre bajo. Reascension de la temperatura y somnolencia. La enferma comió ocultamente media libra de pan bis que pudo procurarse. En la noche vómitos abundantes, dos evacuaciones copiosas y tenesmo.

El dia 21, P. 102, T. 37°8. Gran sensibilidad en el vientre, abajo del ombligo. Gingivitis. Se prescribió un gargarismo de clorato de potasa y opio al interior; lavado intrauterino con una solucion de permanganato de potasa. Los diversos síntomas notados, se exasperaron el dia siguiente.

Dia 23, T. 38°8—37°9. Cesa la diarrea y los vómitos, la estomatitis progresa, putridez más pronunciada del escurrimiento loquial. Depósitos membranosos sobre el orificio del cuello y en el contorno de la vulva.

Se hace un tercer lavatorio con la solucion de sublimado al $^1/_{5,000}$. Unciones de tintura de yodo en las ulceraciones del cuello y de la vulva. Se administra á la enferma, tintura de opio y subnitrato de bismuto á altas dósis. Los vómitos disminuyen. No hay salivacion.

El mismo tratamiento al dia siguiente. El mismo estado, más síntomas de bronquitis.

25 de Marzo. Los vómitos se exasperaron de nuevo. Piel seca y muy sensible al tacto, sed viva, hipo.—Inyecciones subcutáneas de éter, tintura de opio. La enferma sucumbió en la noche.

Las lesiones demostradas en la autopsía eran las que se han señalado como propias al envenenamiento por el sublimado, pueden reasumirse en estos términos: depósitos difteríticos sobre la mucosa uterina, inflamacion disentérica del intestino.

Muchos ejemplos como este podriamos citar detalladamente; pero nos concretaremos á indicar solamente los casos más precisos y el grado de dilucion del sublimado en las soluciones empleadas. En la clínica de Praga: Dia 28 de Agosto, un lavatorio *vaginal* al $^1/_{2,000}$; aparicion de estomatitis, anuria, diarrea sanguinolenta, vómitos, somnolencia. Dia 2 de Setiembre, muerte. En la autopsía signos de inflamacion disentérica del intestino, estomatitis y faringitis ulcerosas, lesiones del mal de Bright.

La observacion de Steffeck concierne á una mujer de 27 años, madre de tres niños, que se presentó en el hospital el 25 de Noviembre de 87 con signos de aborto inminente. Irrigacion y lavado vaginal de solucion de sublimado $^1/_{2,000}$ y $^1/_{3,000}$ despues de cada exploracion. *29 de Noviembre;* fuertes contracciones uterinas, expulsion de un embrion de cuatro á cinco meses, retencion de la placenta. Irrigacion con un litro de solucion de sublimado $^1/_{3,000}$. Taponamiento, nueva irrigacion. En la tarde calosfrío. Se retira el tapon y se procede á la extraccion de la placenta. Lavatorio vaginal con un litro de solucion al $^1/_{3,000}$ y lavatorio uterino con un litro de solucion al $^1/_{5,000}$; ergotina. Una hora despues: calosfrío, tenesmo, diarrea, temperatura de 41°o. El dia 1º de Diciembre presentó la gingivitis mercurial y loquios sumamente fétidos. Así continúa hasta el dia 7: *coma;* mucosa bucal llena de ulceraciones, fetidez del aliento. *Dia 9:* muerte. La autopsía muestra las lesiones producidas por la intoxicacion mercurial.

Hace algunos meses, el Prof. Virchow presenta ante la Sociedad médica de Berlin 13 casos de en-

venenamiento por el sublimado. (Autopsías hechas en el Instituto anatomo-patológico de Berlin). Uno de estos hechos concierne á una mujer de 25 años, recien parida, y en la que se habia recurrido primero al ácido fénico para practicar la antisepsia de los órganos genitales. Esta mujer fué trasportada al Hospital de la Caridad, de Berlin, en donde se practicaron, en el espacio de tres dias, tres inyecciones intra-uterinas, con una solucion de sublimado al 0,1%. La cantidad inyectada fué de 1 litro. La mujer sucumbió dos dias despues de la última inyeccion. La autopsía muestra los exudados difteroides sobre la mucosa de la vagina y del útero; parametritis, pericarditis y peritonitis purulentas; resulta, además, *la presencia del mercurio en las paredes del intestino, sitio de las lesiones propias al envenenamiento.*

Kummell, de Hamburgo, ha tenido un caso de envenenamiento despues de una inyeccion al $^1/_{5,000}$.

Por último, el Dr. Keller, médico de Berne, publica una observacion que se refiere á un envenenamiento por el sublimado despues de dos lavados uterinos con soluciones al $^1/_{4,000}$.

Las lesiones demostradas en la autopsía fueron: catarro intenso del colon ascendente, ulceraciones de la mucosa. Anemia general.

FORMULARIO.

PÍLDORAS CONTRA LAS ERECCIONES.

Lupulina.................. 1.50 gram.
Extracto de canabis índica... 0.05 ,,

h. s. a. X píldoras para tomar una cada hora.

CONSTIPACION HABITUAL.

Glicerina.................. 8.00 gram.
Extracto de haba de Calabar.. 0.24 cent.

rot. gotas.
4 gotas cuatro veces al dia.

FÓRMULA DE LOS HOSPITALES VIENA PARA LA PREPARACION DE LA GASA YODOFORMADA.—*(Kirmisson).*

Yodoformo............... 50 gramos.
Glicerina................ 100 ,,
Alcohol.................. 700 ,,

para preparar 10 metros de gasa yodoformada.

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS AGUDA.—*(Jaccoud).*

1º *Estimulantes y tónicos:* alcohol á alta dósis (60 á 80 gramos). Quina (3 gramos de extracto en una pocion).

2º *Antipiréticos:* ácido salicílico. Es preciso emplear con precaucion este medicamento. Se administrarán 2 gramos el primer dia; despues, 1 gr. 50 durante 3 ó 4 dias. El salicilato de sosa posee esta doble propiedad: obra eficazmente sobre la fiebre, y acumula su accion hasta el grado de producir una refrigeracion temible, si no se tiene el cuidado de disminuir la dósis.

3º Ventosas secas mañana y tarde sobre los miembros inferiores.

4º Alimentar al enfermo.

EL ÁCIDO BÓRICO.—De las experiencias hechas sobre cuyos por el Dr. Gaucher, resulta que la dósis tóxica de ácido bórico para un hombre seria de 75 gramos por dia, durante 10 dias.

El autor emplea con éxito la pomada siguiente contra el impétigo.

Acido bórico............... 2 gr. 00.
Glicerolado de almidon...... 30 gr. 00.

El autor ha ensayado el mismo remedio al interior (lo que es fácil por no ser cáustico y ser insípido) en muchos tuberculosos á la dósis cuotidiana de 0.50 centíg. á 1 gr. 00.

NOTICIAS VARIAS.

Oposicion á la plaza de adjunto á la cátedra de clínica interna (2º curso).

El jurado que tuvo ocasion de calificar en la oposicion á la plaza de adjunto á la cátedra de clínica interna (2º curso), decidió que tanto el Dr. Orvañanos como el Dr. S. Sosa eran competentes para desempeñar el puesto, obteniendo el primero tres votos y el segundo dos y una mencion honorífica. Reciba el catedrático adjunto á la cátedra de clínica interna (2º curso) Dr. Domingo Orvañanos, nuestras más sinceras felicitaciones.

CONVOCATORIA

PARA LA OPOSICION Á LA PLAZA DE CATEDRÁTICO ADJUNTO DE CLÍNICA INTERNA DE 3er AÑO (1er CURSO).

Dispone el C. Director de la Escuela Nacional de Medicina, que desde hoy hasta el 4 del próximo Junio, queden abiertas las inscripciones, conforme al reglamento especial de esta Escuela, cuyos artículos conducentes son los siguientes:

Art. 134. Para ser admitido al concurso necesita el aspirante: ser ciudadano mexicano, acreditar que está autorizado para el ejercicio legal de su profesion en Medicina y Cirujía, y ser de notoria moralidad.

Art. 135. Los aspirantes se presentarán al secre-

tario con una solicitud á la Direccion acompañada de los respectivos documentos; y en un registro destinado al efecto, el secretario hará la anotacion respectiva, firmándola en union del interesado.

Art. 136. Si el aspirante se hallare fuera de la capital, dirigirá su solicitud al secretario por medio de un apoderado, quien cumplirá con los requisitos del artículo anterior.

Art. 137. Las pruebas serán de tres clases: una disertacion escrita sobre el punto que eligiere el candidato, una exposicion oral y un ejercicio práctico en los ramos que lo requieran.

Art. 149. Ocho dias ántes del señalado para la oposicion, presentará el candidato la tésis á cada uno de los jueces, una á la Direccion, otra al secretario y dos á la biblioteca de la Escuela. Los interesados pueden ocurrir á la secretaría de esta Escuela, todos los dias útiles de las 11 á las 12 de la mañana, á imponerse de todos los pormenores relativos á este concurso.

LA SACARINA. *(Azúcar de hulla).*

La sacarina es una sustancia extraida de la hulla por el Dr. Const. Fahlberg en 1879. Su denominacion química es: ácido orto-sulfamino-benzóico ó sulfinide-benzóico; se presenta bajo el aspecto de un polvo blanco, cristalizable, poco soluble en el agua fría (0.gr15 por 100 gramos) soluble en el agua hirviente, en el alcohol, en el éter y cuyo sabor dulce es 280 veces superior al de la azúcar de caña: un gramo de sacarina da un gusto azucarado apreciable á 70 litros de agua destilada.

Entre las aplicaciones de esta sustancia á la medicina descuella naturalmente la posibilidad de dar á los diabéticos alimentos azucarados, toda vez que la sacarina no precipita el licor de Fehling ni desvía la luz polarizada.

Trascribimos aquí una fórmula de Dujardin Beaumetz en el tratamtento de la diabetis.

Polvo para azucarar los alimentos de los diabéticos:

Sacarina	5 00 gram.
Bicarbonato de sosa........	2 00 ,,

Basta una ligera cantidad de este polvo para endulzar una taza de café ó la cantidad de alimentos suficiente para una persona.

Jarabe antidiabético:

Inf. de café.............	150 00 gram.
Antipirina..............	10 00 ,,
Sacarina	0 20 ,,
Bicarbonato de sosa......	0 10 ,,

dos ó tres *cucharadas* por dia.

No es bastante que la sacarina sustituya á la azúcar en la alimentacion de los diabéticos; es necesario tambien que no dañe las funciones digestivas, pues es precepto de todos sabido, que el médico debe tratar por cuantos medios estén á su alcance que la nutricion del diabético se conserve, en lo posible, en el mejor estado.

Los Dres. Aducco y Mosso, de Turin, han experimentado esta sustancia y aseguran que atraviesa la economía sin descomponerse, pues dicen haber encontrado en la orina la totalidad de sacarina ingerida. Han demostaado además, el poder antifermentescible de la sacarina, tanto para la glucosa como para la orina; retarda igualmente la descomposicion de las infusiones pancreáticas. La adicion de 0.16-00.32% de sacarina retarda la peptonizacion de la albumina sin detenerla completamente. La saliva sacarinada al 0.32% pierde una parte de su accion sacarificante sobre el almidon. Las experiencias de alimentacion por las sustancias sacarinadas han demostrado que los animales no sufren con esta adicion; algunos de ellos se han rehusado á gustar de las sustancias adicionadas de sacarina, tales como las abejas, las avispas, las moscas y ciertos insectos.

Leyden, de Berlin, y Abelers, de Carlsbad, sostienen que no hay inconveniente en adicionar los alimentos de los diabéticos. Tal no ha sido el resultado de las experiencias Worms, que ha administrado esta sustancia á cuatro diabéticos de los cuales solo uno ha podido continuar su uso; en los otros tres, han sobrevenido sérias perturbaciones de la digestion.

Dujardin Baumetz no ha observado en los enfermos á quienes ha prescrito la sacarina, las perturbaciones de que habla Worms; pero los hechos de este último persisten, lo cual pudiera depender de la impureza del producto, del estado de los riñones ó de la accion antifermentescible de esta sustancia. La cuestion queda en pié y solo la experimentacion puede resolverla. Const. Paul prescribe el sacarinato de sosa que, en su decir, no provoca perturbaciones digestivas.

De venta en la Droguería de Julio Labadie, Profesa 5.

TIP. DE DUBLAN Y COMP.

VOL. I. México, Mayo 15 de 1888. NUM. 6

REVISTA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO BIMENSUAL DIRIGIDO POR EL DR. JOSE RAMOS.

DIRECCION Y REDACCION:
CALLE DEL ESPIRITU SANTO N. 8,
DESPACHO DE LOS SRES.
E. DUBLAN Y COMP.
Administrador y propietario: Dr. Manuel Barreiro.
Apartado en el Correo núm. 619.

PRECIOS DE SUSCRICION:
EN LA CAPITAL
Por un mes.....................$ 0 50
Por seis meses..................... 2 50
EN LOS ESTADOS
Por un mes.....................$ 0 62
Por seis meses..................... 3 00

PRENSA EXTRANJERA QUE RECIBIMOS PARA LA FORMACION DE LA REVISTA:
"Gaceta Médica de Paris."—"Gaceta de los hospitales civiles y militares de Paris."—"Periódico de las Sociedades Científicas."—"Revista Científica."—"La Naturaleza."—"Gaceta Hebdomadaria."—"Revista de Medicina," de Bouchard, Charcot y Chauvau.—"Anales de las enfermedades de los órganos genito-urinarios."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Lúcas Championière.—"Periódico de Medicina de Paris," de Lutaud.—"Boletin de la Academia de Medicina."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Bruselas.—"El Electricista."—"El Tiempo Médico," de Filadelfia.—"El Registro Médico."—"El Mundo Médico."—"Anales de Ginecología," de Boston.—"La Lanceta," de Lóndres.

SECCION EDITORIAL.

TRATAMIENTO DE LA ERISIPELA.

La erisipela ha sido una enfermedad cuya naturaleza se ha discutido mucho; sucesivamente, se le ha considerado como una dermítis, como una linfangitis capilar, como una fiebre erisipelatosa, etc. Actualmente y siguiendo el torrente de las ideas actuales, se le considera como una enfermedad parasitaria, explicándose de esta manera las singulares cualidades de esta entidad morbosa.

El micro-organismo se ha aislado, se ha cultivado y con él se ha reproducido la enfermedad, no cabiendo ya duda de que la penetracion de este organismo al torrente circulatorio, determina el intenso movimiento febril que solemos observar, así como los accidentes flegmásicos de la piel y del aparato linfático.

Segun las ideas dominantes, se han recomendado tratamientos diversos. En los tiempos en que se la consideraba como una dermitis ó como una linfangitis, se usaron las emisiones sanguíneas, las preparaciones mercuriales *intus et extra* y una dieta más ó ménos severa. Cuando se le tomó como una fiebre erisipelatcsa, se aconsejaron los vomitivos, los purgantes y un plan tónico sostenido. Los medios locales no han variado menos. Algunos aconsejaban evitar el contacto del aire sobre la superficie de la piel inflamada y se limitaban á usar el algodon, el polvo de haba, el de almidon ú otros medios inertes que solo servian para cubrir la piel. Otros usaban polvos ó líquidos más ó menos astringentes tales como el alumbre, el percloruro de fierro y otras sustancias análogas. Con la mira de evitar la extension rápida de la erisipela, se recomendaron diferentes medios: unos cauterizaban con nitrato de plata los bordes de la placa erisipelatosa, otros, con el mismo objeto, aplicaban un vejigatorio en el centro de la referida placa.

No es mi ánimo enumerar, ni mucho menos criticar los innumerables medios recomendados contra esta plaga y solamente he querido hacer ver la anarquía que ha reinado en la ciencia hasta nuestros tiempos.

En un caso de erisipela de la cara que hace algun tiempo pude observar desde su invasion, me ocurrió hacer uso del método parasiticida, y con tal objeto formulé una pomada fuertemente cargada de bicloruro de mercurio (al cinco por ciento). Me proponia con esta pomada alcanzar y destruir los gérmenes que existian en el espesor de la placa erisipelatosa.

Se trataba de una señora de cuarenta y dos años de edad, de constitucion débil y temperamento nervioso. Repentinamente se sintió quebrantada, con escalofrío intenso, los ganglios submaxilares dolorosos, y poco tiempo

despues apareció una placa de erisipela que principiando por la nariz se extendió rápidamente á las mejillas, á los párpados y á la mitad inferior de la frente. En este estado estaba cuando yo la ví, tenia una temperatura de 40°, la placa erisipelatosa tenia un color rojo subido y los párpados excesivamente abultados, hasta el punto que apenas podian separarse el superior del inferior. Con un pincel apliqué yo mismo una capa delgada de la pomada antes mencionada, teniendo cuidado de tocar todos los puntos inflamados, hasta los límites de la placa. Además, le administré cada hora un papel de 50 cents. de antipirina hasta que la temperatura bajara á menos de 39°.

Al dia siguiente encontré que se habian formado varias vesículas llenas de serosidad citrina en la placa erisipelatosa, pero ésta se habia apagado casi completamente: la tumefaccion habia disminuido, los párpados podian separarse lo suficiente para que la enferma pudiese ver con facilidad, el aspecto rojo reluciente de la placa se habia trasformado en rojo opaco, ligeramente amoratado. Por la parte inferior, la erisipela no habia avanzado ni una sola línea y su límite era el del labio superior y una línea trasversal que al mismo nivel se extendia por una y otra mejilla. Hácia arriba, la erisipela se extendió á toda la frente hasta la raíz del pelo y lateralmente las orejas quedaban libres. La temperatura de la enferma se habia abatido en la noche hasta 38° y cuando la veia tenia 39°2.

Con tijeras finas piqué toda las vesículas, y sobre toda esta superficie hice que aplicaran cada dos horas una pomada compuesta de 30 grams. de vaselina y 4 de ácido bórico. En la nueva faja de erisipela, situada en la parte superior de la frente, yo mismo apliqué una capa delgada de la pomada de bicloruro, teniendo cuidado de meterla entre el pelo más allá de los límites de la placa.

En la tarde habia aparecido una placa aislada en la region mastoidea derecha, en cuyo lugar apliqué la pomada de bicloruro.

Al dia siguiente encontré esta segunda placa marchita, pero invadida toda la oreja derecha; apliqué allí tambien la pomada de bicloruro. En la tarde del mismo dia la erisipela invadió la oreja izquierda, que fué tratada de la misma manera; de estos límites ya no pasó más la enfermedad; constantemente observada la formacion de flictenas sobre los puntos en que se aplicaba la pomada; pero constantemente veia tambien que la placa erisipelatosa se apagaba inmediatamente.

Al interior solo usé la antipirina para moderar la hipertermia, y desde el segundo dia pequeñas dósis de vino de quina. Al quinto dia la temperatura cayó completamente y la enferma entró en una convalecencia rápida.

Casi al mismo tiempo observaba yo á una jóven de veinticuatro años de edad y de la que me encargué, cuando una erisipela de la cara y el cuero cabelludo habia terminado su evolucion, quedándole una diatesis piogénica sumamente curiosa. Se habia formado una coleccion purulenta retro-ocular en el ojo izquierdo, otra coleccion profunda en la region temporal del mismo lado y otra en la region maseterina. Sucesivamente aparecieron pequeños focos diseminados en la frente y cuero cabelludo, en la parte média de la region externo-cleidomastoidea del lado izquierdo, en la region supra-clavicular del mísmo lado, y por último, quizá la más voluminosa, en la region trocanteriana del lado derecho. Ahora bien, despues de haber hecho la puncion de la coleccion situada en la region supra-clavicular izquierda, se levantó la temperatura á 40°5 y apareció una uueva placa de erisipela que invadió el hombro y la region sub-clavicular. Inmediatamente apliqué sobre ella una capa delgada de la pomada de bicloruro (al cinco por ciento), y esto bastó para que la placa erisipelatosa se apagara inmediatamente y no se extendiera más; la calentura desapareció. Piqué las vesículas y recomendé el uso de la pomada de vaselina y ácido bórico.

Comunicados estos resultados al Sr. Dr. J. M. Bandera y al Sr. Dr. Gaviño, uno y otro han puesto en práctica este medio. El Sr. Bandera lo empleó en dos enfermos; uno de su práctica civil y otro del hospital. En el primero el resultado fué muy satisfactorio, mientras que en el segundo no lo fué tanto. El Sr. Gaviño lo ha usado en tres enfermos de la práctica civil y me dice que el resultado ha sido sumamente satisfactorio, y que está resuelto á ponerlo en práctica en todos los casos que se le presenten.

DR. MANUEL CARMONA Y VALLE.

REMITIDOS CIENTIFICOS.

ALGUNAS OBSERVACIONES

SOBRE LA

ANATOMIA QUIRURGICA DE LA HERNIA FEMORAL

(Traducido del inglés por J. E. A).

No me ocuparé en este artículo de describir la operacion en las hernias, si no es la mente hacer algunas observaciones acerca de la anatomía quirúrgica de la hernia femoral, que en mi concepto no está bien descrita, ni en nuestros libros, ni por nuestros maestros.

He encontrado en mi práctica de las herniotomías, una proporcion de hernias inguinales á las femorales, que puede establecerse en la relacion de ochenta por ciento, y creo que más bien esta proporcion puede ser mayor. En verdad se ha establecido autoritativamente que la proporcion es de noventa por ciento. En conexion con esta proporcion nótese tambien que las hernias inguinales son más comunes en el sexo masculino, y las hernias femorales casi exclusivamente pertenecen al sexo femenino.

Recuerdo bien que era yo alumno interno de la "Royal Infirmary" de Edimburgo, cuando ayudé en la operacion de hernia femoral en una mujer que no tenia otra enfermedad. La operacion fué practicada por uno de nuestros más grandes cirujanos y llevada al cabo con la precision, exactitud y destreza que caracterizan todos sus trabajos. El ligamento de Gimbernat necesitó cortarse con el objeto de dejar libre el intestino, y en el momento de hacer esta incision, el profesor hizo notar que esto era muy á menudo el acto más peligroso en tales casos. Despues de cuarenta y ocho horas la mujer murió. En la autopsía encontramos una cantidad de sangre derramada bajo el peritoneo de la pelvis, una hematocele peritoneal traumática, resultado de la division de la arteria Obturadora, y en verdad vemos que la posibilidad de este accidente habia sido señalado por el cirujano en el mismo momento de la operacion.

Lleno de juvenil ardor (pues esto aconteció hace quince años) y obedeciendo á la sugestion de mi querido maestro, emprendí una investigacion en la anatomía de la arteria Obturadora, cuyos resultados paso á dar á conocer.

No hay una arteria en el cuerpo humano tan constante en su distribucion, ni tan variada en su orígen y relaciones como la Obturadora y cada anatómico tiene una opinion propia acerca de esto.

Quain dice que: "La arteria Obturadora "comunmente nace del tronco posterior de la "Iliaca interna y no pocas veces de la Epi-"gástrica profunda."

Sappey dice: "La Obturadora nace de la "Hipogástrica (que es el tronco anterior de "la Iliaca interna en la nomenclatura inglesa) "algunas veces de la Iliaca externa y raras "de la Femoral."

Leidy asegura que: "La Obturadora es un "ramo del tronco posterior y frecuentemente "del tronco anterior de la Iliaca interna (Hi-"pogástrica)."

Wilson la considera "como un ramo del "tronco anterior (Hipogástrica) de la Iliaca "interna y no raras veces del tronco poste-"rior."

Gray conviene precisamente con Wilson, pero añade que "de tres casos, en dos nace "de la Iliaca interna; en tres y medio, uno de "la Hipogástrica, y en setenta y dos, uno, de "las dos raíces de ambos vasos."

Luschka dice que: "La arteria Obturadora "nace del tronco anterior de la Iliaca interna, "y algunas veces de la Iliaca externa, Epi-"gástrica ó Femoral."

Velpeau escribe: "Investigaciones hechas "en algunos miles de cadáveres, no me per-"miten asegurar si la arteria Obturadora nace "de la Epigástrica uno en tres casos ó uno "entre cinco ó diez; pero sí afirmar que exis-"te una entre veinte."

Holden la da á conocer "como un ramo del "tronco anterior de la Iliaca interna," (Hipogástrica) pero hace notar tambien que "algu-"nas veces nace de la Iliaca externa ó de un "pequeño tronco unido con la Epigástrica." En este caso, en realidad no es otra cosa que una segunda Epigástrica que llega á ser muy útil despues de la ligadura de la Iliaca externa, aumentando considerablemente en su diámetro y llevando la sangre de una manera directa á la Epigástrica.

Tiedman dice que "la arteria Obturadora na-"ce de la Epigástrica en uno por tres casos."

Con tales discrepaciones entre tales autori-

dades, me resolví hacer investigaciones por mi propia cuenta, y con este objeto fueron sometidos al exámen veinticuatro cadáveres de ambos sexos. Estos dieron cuarenta y ocho disecciones, y en los apuntes tomados sobre la plancha, encontré que la arteria Obturadora nacia treinta veces del tronco anterior de la Iliaca interna ó Hipogástrica, dos veces del tronco posterior y diez y seis de la Epigástrica profunda. En las doce mujeres hice veinticuatro disecciones, y en ellas ví que la arteria Obturadora nacia de la Epigástrica profunda doce y media veces; del tronco posterior de la Iliaca interna, una y media, y diez del tronco anterior ó Hipogástrica. En los doce hombres, en veinticuatro disecciones encontré que ella nacia de la profunda Epigástrica solamente cuatro y media veces; del tronco posterior una vez, y del tronco anterior diez y ocho y media; así es que, en las mujeres el nacimiento de la arteria Obturadora de la Epigástrica profunda, es cerca de uno por dos casos y en los hombres de uno por cinco aproximadamente.

Dejando á un lado la cuestion de sexos, la proporcion viene á ser en todos los casos de cerca de uno por tres y medio.

Ningun anatomista, que yo sepa, ha notado esta diferencia en los dos sexos en cuanto al orígen de la arteria Obturadora y me parece que en vista de la preponderancia de las hernias femorales en las mujeres, esta particularidad merece una atencion especial. De hecho podemos decir que la hernia femoral es comparativamente rara en el hombre y la relacion de esta arteria al anillo femoral en los hombres, como queda probado, es peligroso solamente en una pequeña proporcion de casos. El interes quirúrgico de esta arteria, pertenece, pues, al sexo contrario.

La arteria Epigástrica, quirúrgicamente hablando, una de las más importantes del cuerpo, casi siempre nace de la Iliaca externa. Solamente una vez la he visto nacer de la arteria femoral debajo del ligamento de Poupart. Unicamente cuando la Epigástrica tiene su orígen acostumbrado, puede dar nacimiento á la Obturadora, y en tal caso, como hemos dicho ya, nace en un punto que dista de la Iliaca externa de seis á diez y seis milímetros. El curso de la Obturadora es entonces directamente hácia abajo por el lado externo del anillo femoral en íntima relacion con la cubierta de la vena Iliaca externa, y de esta manera toma su camino por el Forámen obturador.

En estas condiciones el peligro de herir la arteria puede evitarse fácilmente.

Cuando la arteria Obturadora nace de un punto en la arteria Epigástrica á mayor distancia de veinticinco milímetros del orígen de esta última, hay peligro con seguridad. En este caso el curso del vaso forma con la Epigástrica un ángulo mucho más grande, con el objeto de llegar á su forámen y en consecuencia se separa de la vena Iliaca y deja un espacio desocupado entre ella misma y la vena, á través del cual puede deslizarse una porcion de intestino. Las tres cuartas partes de la circunferencia de la boca del saco hernial, será entonces rodeada por la arteria.

En una de mis disecciones en una mujer, esta condicion existia en ambos lados, y en el Museo del Hospital de San Bartolomé, de Londres, (en las preparaciones anatómicas números 53 y 69 de la série 17), hay dos ejemplares de doble hernia femoral en hombres, y en tres de los cuatro ejemplares, la arteria pasa del lado interno del saco. La preparacion núm. 83 de la misma série en el mismo Museo, nos manifiesta otra condicion anormal. Aquí no hay Obturadora propiamente dicha, pero en su lugar está el ramo púbico de la Epigástrica. Comunmente hay ramos anastomosados entre las dos arterias, los cuales se ramifican detras del pubis; pero aquí el ramo anastomosado de la Epigástrica, grandemente aumentado, llena la mision de la Obturadora y va á nutrir los músculos obturadores del muslo. La preparacion á que me refiero, fué tomada tambien de un caso de hernia femoral en un hombre que se operó en dicho hospital. Una grande hemorragia sobrevino cinco horas despues de la operacion, y el paciente murió de peritonitis.

Se debe notar aquí que una simetría maravillosa existe con relacion á este vaso (Obturadora) en los dos lados; simetría que por ningun motivo he encontrado con la misma frecuencia en ninguna otra arteria del cuerpo.

La vena Obturadora merece alguna mencion, estando en relacion con el anillo crural, aun más frecuentemente que la arteria; más á menudo hay dos venas: una que se dirige á

la vena Iliaca externa, y la otra á la Iliaca interna.

Reasumiendo estos trabajos de mis dias de estudiante, obtenemos las siguientes deducciones:

1.ª Aquellos anatómicos que hacen derivar la arteria Obturadora del tronco posterior de la Iliaca interna, están errados, porque nomás en diez casos por ciento, ocurre esto.

2.ª Que en las mujeres, en casi cada tercer caso, la arteria Obturadora nace de la profunda Epigástrica, á pesar de Velpeau.

3.ª En los hombres, la arteria Obturadora nace de la Epigástrica en cerca de uno, en cinco casos.

4.ª Que por consecuencia, en consideracion de la preponderancia de la hernia femoral en las mujeres, como cirujanos, si no como anatomistas, debemos considerar este orígen de este vaso como el más probable.

5.ª En vista de la posibilidad de que la arteria Obturadora nazca de la Epigástrica á una distancia mayor de veinticinco milimetros de su orígen en la Iliaca y por consiguiente envolviendo la boca del saco hernial como antes he indicado, no debemos perder de vista el peligro de cortarla, aun cuando la operacion sea hecha de acuerdo con las reglas de nuestros maestros.

6.ª Nuestros profesores de cirujía pueden, con positiva ventaja, omitir el consejo venerado de tiempo atras, y sin embargo impracticable, de buscar la pulsacion de esta arteria antes de cortar el ligamento de Gimbernat, puesto que es imposible introducir el dedo á través del anillo crural ya perfectamente lleno por una hernia estrangulada, hasta que la seccion del ligamento se haya hecho, y entonces seria demasiado tarde.

7ª. Que el único método seguro en todos los casos es cortar el ligamento, teniendo el instrumento fuertemente apretado contra el pubis y hacer esto sin movimiento de sierra. No penetrando en la pelvis el filo del instrumento, la arteria está segura en todas circunstancias.—San Luis Potosí, Mayo de 1888.

ALGO SOBRE LA OCLUSION INTESTINAL.

Casa de vdes.—Sres. RR. de "La Revista Médica" de México.—Estimados compañeros:

He leido en el número 5 de su interesante publicacion, un artículo original del inteligente é ilustrado Dr. Demetrio Mejía, en que no solo comenta sino que repugna en lo absoluto el tratamiento de la oclusion intestinal por las inyecciones de morfina presentado por el Dr. Morin ante la Sociedad Médica de Gannat (*Gazette des Hopitaux*, Mardi Fev. 1888).

Efeccivamente, en el artículo citado, el Dr. Mejía dice: "¿qué influencia benéfica puede tener la morfina en el tratamiento de la oclusion intestinal? Nuestra contestacion deberia ser neta: ninguna; su influencia puede ser al contrario, muy nociva, en los pocos casos en que *podria creerse indicada;*" y más adelante como primera conclusion figura esta: "1º Por su accion paralizante, la morfina está contraindicada *en todos* los casos de obstruccion intestinal."

Encuentro que tal animadversion contra la morfina no es del todo justa, sin dejar de reconocer por esto que el tratamiento instituido por el sabio Dr. D. Miguel Jimenez es lógico y necesario en algunos casos.

Examinemos, antes que todo, qué es lo que en tales casos debemos combatir; investiguemos cuáles pueden ser las causas de la obstruccion intestinal para deducir de allí las indicaciones terapéuticas urgentes á que debemos atender de preferencia.

Bien sabido es que este padecimiento puede ser el resultado de varios accidentes que subsecuentemente traen consigo la oclusion del tubo intestinal. Estos accidentes pueden ser de cuatro órdenes: 1º Los casos en que la oclusion es de causa externa. 2º Aquellos casos en que la causa existe en la pared misma del intestino. 3º Los de causa interna ó cavitaria. 4º Los de causa mixta.

Entre los primeros figuran naturalmente los tumores cuyo crecimiento determina la compresion del intestino; los desalojamientos de los órganos contenidos en la cavidad abdominal; las hernias, en las que el intestino es *cogido* en una abertura natural ó accidental de los que no puede escapar, unas veces, por la inflamacion del saco, y otras, por la contractura de las fibras musculares contenidas en el plano.

En el segundo caso, se cuentan las obstrucciones producidas por tumores de la pared misma del intestino: las torciones de este órgano (estrangulamiento rotatorio de Rokitansky); las intusucepciones mantenidas muchas veces por la contraccion permanente del intestino sobre el asa invaginada. 3º Al tercer grupo corresponden las obstrucciones producidas por la replesion del tubo intestinal por las materias fecales endurecidas y aglomeradas en algun punto del trayecto, unas veces por la atonía de las fibras musculares lisas de esta parte de las vías digestivas; otras, por el endurecimiento que sufren las

materias á consecuencia del catarro seco del intestino ó bien por la presencia de sustancias no digeribles, ó enterolitos. 4º Por último, las obstrucciones de causa mixta, producidas por dos ó más de los factores que hemos enumerado, por ejemplo: compresion externa por tumor y detenimiento de las materias fecales.

De cualquier modo que la obstruccion se verifique, el resultado es siempre la aparicion del sindromo clínico que conocemos con el nombre de "oclusion intestinal," cuyos síntomas son: dolor, constipacion, vómitos alimenticios y fecaloides, y meteorismo; apirexia.

Presentado este cuadro, podemos asegurar que la oclusion está constituida y debemos poner cuantos medios estén á nuestro alcance para verificar el diagnóstico.

Confieso que muchas veces carecemos de datos para establecer con precision el diagnóstico etiológico; pero esta proposicion no es tan general que nos impida formular un juicio exacto ó probable, fundado en ciertos antecedentes que nos conducen á una vía terapéutica más racional y lógica que el fatal exclusivismo.

Ocurre desde luego la idea de averiguar si la causa de la obstruccion es intra-abdominal ó fuera de la cavidad. En este último caso, el estrangulamiento se marca por la brusca irreductibilidad de la hernia. El tumor herniario pierde rápidamente su consistencia habitual: está tenso, duro, resistente, espontáneamente doloroso. Poco despues aparecen los síntomas de la oclusion intestinal que ya hemos enumerado.

Existen, además, accidentes de estrangulacion que siguen una marcha remitente, tal es el *estrangulamiento espasmódico de Richter.*

Fuera de estos casos, en que no se podria desconocer la necesidad de la intervencion quirúrgica inmediata, las oclusiones de causaintra-abdominal son las que nos deben preocupar. Comencemos por verificar el tacto rectal y vaginal que nos pueden dar indicios de una invaginacion ó de una compresion del intestino por un cáncer del útero. En efecto, la invaginacion es frecuente en el intestino grueso y se percibe á menudo la parte invaginada como un tumor blando que hace cuerpo con el intestino, formado por la mucosa misma del órgano. En este caso, los vómitos son tardíos, el meteorismo es general, la cantidad de orina es normal (disminuye cuando la oclusion es alta).

En el caso contrario, cuando la invaginacion ú oclusion del intestino se verifica en la S iliaca, el meteorismo no es general, ocupa la region umbilical hipogástrica y epigástrica (Jaccoud) con depresion de las fosas iliacas y sobre el trayecto del colon ascendente y descendente. Si ocupa el ileon el meteorismo es más general, sin llegar al grado que cuando ocupa el intestino grueso, en cuyo caso el abovedamiento medio está como limitado por dos cilindros timpánicos formados por los colon distendidos.

(Continuará).

CRONICA DE HOSPITALES.

HOSPITAL DE SAN ANDRES.

CLÍNICA DE 5º AÑO.

Esclerosis cerebro-espinal.—Fidencio Campos, natural de Maravatío (Michoacan), de 38 años de edad, casado y de ejercicio hojalatero, ingresó al Hospital San Andrés el 27 de Enero del presente, ocupando la cama núm. 22 de la Clínica de 5º año, con el objeto de curarse de un temblor y debilitamiento de los miembros superior é inferior del lado izquierdo, así como de vértigos frecuentes, intensos dolores de cabeza y perturbaciones visuales del ojo izquierdo. Antes de la enfermedad que le aqueja en la actualidad, nos refiere haber padecido, desde la niñez, frecuentes neuralgías que se localizaban especialmente en la region frontal izquierda, irradiándose al ojo correspondiente y acompañadas de vértigos; nos refiere tambien que cuando era niño, padeció de unos ataques durante el sueño, que por la descripcion que de ellos nos hace, tenian todo el carácter de los ataques nocturnos de epilepsía, pero que desaparecieron por completo al entrar á la pubertad.

Hace 10 años tuvo en la parte superior del glande un chancro que tardó 15 dias en curar y que, ni las pocas huellas que ha dejado, ni mucho menos la descripcion que de él nos hace el enfermo, nos autorizan para afirmar su naturaleza; cuatro meses despues tuvo una blenorragia con bastante escurrimiento que tardó ocho dias en desaparecer, ocasionándole la inflamacion del testículo izquierdo. A los tres meses de esta última enfermedad, fué afectado de una adenitis inguinal izquierda que terminó por supuracion. Nueve años há que sufrió un fuerte traumatismo en la cabeza produciéndole una vasta herida, quedando desde aquel entonces, segun su propia expresion, *atarantado.* Del pulque ha abusado con exceso, pues á veces permanecia dos y tres dias en completo estado de embriaguez.

El funcionamiento de sus órganos genitales no ha sido exagerado. Interrogado en el sentido de la herencia, nos dice que entre sus ascendientes, so-

lamente su padre padeció de perturbaciones mentales que le ocasionaron la muerte; su madre murió de pneumonía. De los cinco hermanos que tuvo, murieron todos en los primeros años de la vida, á consecuencia de fiebres eruptivas.

Respecto al principio de su enfermedad, nos refiere que hace 7 meses y estando de afanador en este Hospital, se encontraba completamente bueno, pero que un dia, al lavar una bacinilla, sufrió intempestivamente una caida que no le causó grande extrañeza y que atribuyó á un desfallecimiento del miembro inferior izquierdo, pudiendo levantarse inmediatamente despues, sin experimentar absolutamente nada en su cuerpo, ni en su inteligencia; en la tarde de ese mismo dia y al ir á la botica por unas medicinas, bajando la escalera, sufrió una segunda caida, la cual atribuye á la misma causa que á la anterior, pero en esta vez permaneció como unos tres ó cuatro minutos en el suelo, con pérdida del conocimiento y pareciéndole al levantarse que volvia de un sueño. Desde este momento comenzó á notar algo de anormal en los miembros del lado izquierdo, pues dice que los sentia mucho más débiles que los correspondientes del lado opuesto, experimentando en ellos una sensacion que el enfermo traduce por la gráfica expresion de que le *tentaban* por dentro y en distintos puntos.

Creyendo que su enfermedad seria pasajera, de poca consideracion y por temor á nuevas caidas en el desempeño de su obligacion, resolvió separarse del Hospital, yéndose á un pueblo de los alrededores; allí permaneció algunos meses, al cabo de los cuales, se desvanecieron por completo sus mejores esperanzas, pues los síntomas de su enfermedad fueron pronunciándose más y más cada dia, hasta el punto de impedirle marchar por sí solo, pues para hacerlo necesitaba al principio de un baston y más tarde del brazo y cuidados de un amigo ó pariente, á menos de exponerse á repetidas caidas.

Al mes, poco más ó menos, de iniciada su enfermedad, comenzó á sufrir cefalalgias paroxísticas y á experimentar desórdenes marcados en la vision del ojo derecho, débilmente perturbada mucho antes que apareciera la presente enfermedad que nos ocupa. Al mismo tiempo apareció un temblor, no continuo, que perturbaba los movimientos de prension y locomocion, hasta el extremo de impedir el objeto que se proponia.

Viéndose en tal situacion y temeroso ya más que antes de su enfermedad, abandonó el pueblo en que se encontraba y determinó ingresar á este Establecimiento en busca de un alivio para sus males. Designado por nuestro jefe de Clínica para hacer el estudio de este enfermo y habiendo recogido los signos anamnésticos que hemos anotado anteriormente y que nos hicieron presumir una afeccion de los centros nerviosos, procedimos en este sentido á buscar los síntomas actuales, ó sean los verdaderos síntomas, á fin de que éstos nos sirvieran para establecer el diagnóstico más razonado que nos fuera posible.

Colocado el enfermo en el decúbito dorsal pudimos observar que la actitud que guardaban sus miembros en esta posicion era la normal, no pudiendo notar ni por la simple vista, ni por la mensuracion, diferencia alguna en el espesor de éstos, cuya musculatura, lo mismo que el resto del cuerpo, parece estar regularmente desarrollada. Tambien por la inspeccion encontramos algunas huellas de una erupcion, al parecer de ectima, que por la coloracion cobriza que presentan, nos hacen presumir reconozcan un orígen sifilítico.

En la íngle izquierda existe una cicatriz bastante irregular y la palpacion nos reveló en ambas el infarto ganglionar. La dilatacion pupilar del lado derecho es mayor que la del lado opuesto. El cráneo no presenta ninguna deformacion manifiesta, notándose únicamente en la region fronto-bregmática una cicatriz antigua y bastante extensa.

La columna vertebral no presenta curvaturas ni deformaciones anormales y hay ausencia completa de dolores á la percusion de las vértebras. En seguida pasamos al exámen clínico de las funciones de la médula, y encontramos que el grado de potencia motriz voluntaria, está disminuido tanto á la flexion como á la extension, en ambos miembros del lado izquierdo, con respecto á los del opuesto, á pesar de que el estado de la nutricion muscular parece intacto. Hicimos ejecutar al enfermo varios movimientos limitados y pudimos observar que la coordinacion de éstos era perfecta, pero que á su ejecucion se despertaban inmediatamente contracturas paroxísticas y un temblor que tiene los siguientes caractéres: Presentamos á nuestro enfermo un objeto con agua y le ordenamos lo llevase á la boca en ademan de beberla; desde el momento que se apoderó de él, su brazo fué atacado de un temblor rítmico, cuyas oscilaciones se hacian tanto mayores cuanto más se acercaba el objeto á sus labios. Este temblor, tan manifiesto cuando se trata de movimientos un poco extensos, no deja de marcarse aun en los de débil amplitud, caracterizándose por su desaparicion en el reposo, por la persistencia de la direccion general del movimiento, por su propagacion al miembro inferior correspondiente y porque aparece no solamente á consecuencia de un movimiento voluntario, sino tambien bajo la influencia de excitaciones puramente cerebrales.

La sensibilidad bajo sus diversas formas está in-

tacta, notando únicamente que toda especie de sensacion despertaba inmediatamente, reflejos, verdaderos sacudimientos convulsivos clónicos en los miembros izquierdos.

Examinada la nocion del sentido muscular por los medios groseros que estaban á nuestro alcance, la encontramos pervertida en el lado enfermo, pues existe gran diferencia en la apreciacion de un peso cualquiera. De los reflejos tendinosos, el rotuliano fué el único que pudimos producir, y nos pareció bastante exagerado del lado izquierdo y completamente normal en el derecho. La contractilidad eléctrica es perfecta.

Hicimos andar á nuestro enfermo con el objeto de estudiar los caractéres de la locomocion y observamos que el contacto de la planta del pié sobre el suelo determinaba inmediatamente movimientos reflejos violentísimos en todos los músculos extensores del miembro izquierdo, haciéndola difícil y aun casi imposible por el levantamiento brusco é involuntario del muslo de la pierna y de la punta del pié correspondiente, lo que le obligaba á asentar primero el talon que el resto del pié, experimentando en esta especie de locomocion un dolor agudo en la articulacion tibio-tarsiana.

Al mismo tiempo que aparecian estos movimientos reflejos bajo la influencia del estímulo centrípeto, se despertaba tambien un fenómeno algo parecido al descrito por Brown Séquard, con el nombre de epilepsía espinal, con la única diferencia que el temblor convulsivo é intenso invadia á ambos miembros del lado izquierdo, aumentando en gran parte las dificultades de la locomocion. La sensacion del suelo la percibe como cualquiera en el estado de salud y la vista no influye marcadamente en el movimiento de propulsion. Además de estos síntomas y como perturbaciones intelectuales, el enfermo acusa un debilitamiento de la memoria, cierto cambio de carácter, embarazo de la palabra, vértigo y cefalalgia paroxística, afectando á veces esta última, la forma de dolores fulgurantes alrededor de la órbita izquierda que es el lugar á donde con más frecuencia se sitúa. De todos estos síntomas, los vértigos son los más constantes aunque de corta duracion, y aparecen tanto de pié como acostado, acompañándose despues de su compañera inseparable la cefalalgia y de ese estado que el enfermo llama de *atarantamiento.* El olfato, el gusto y el órgano de la audicion, se encuentran algo perturbados, experimentando con bastante frecuencia zumbido de oidos que le causan graves molestias. El funcionamiento del ojo derecho está pervertido, existe un debilitamiento marcado en la vision, y el enfermo nos refiere que en ciertas circunstancias, como por ejemplo al masticar, siente que el globo ocular derecho sufre una fuerte desviacion hácia adentro. (La papila no la observamos por falta de medios para su exámen). Las funciones del recto y de la vejiga se desempeñan como al estado normal.

Muchos dias despues de haber recogido estos apuntes, volvimos á ver á nuestro enfermo con el objeto de conocer los adelantos que ya presumiamos de la enfermedad, y con gran tristeza de parte suya y nuestra, nos manifestó que habia comenzado á experimentar en el lado opuesto, el derecho, las mismas sensaciones que fueron el preludio de sus males en el primitivamente atacado.

El cuadro sintomático y característico de nuestro enfermo, nos induce á establecer directamente el diagnóstico de "esclerosis en placas" localizadas en los cordones antero-laterales izquierdos, habiendo ya invadido parte del territorio bulbar, como nos lo indican las perturbaciones sensoriales y con propension á atacar los análogos del lado opuesto, segun las manifestaciones presentadas en estos últimos dias. La ausencia de dolores fulgurantes, la falta completa de anestesia y desacoordinacion motora, así como la persistencia del fenómeno de la rodilla, nos hacen desechar la idea de que se trate de la ataxia locomotriz, y nos garantizan por consiguiente la perfecta conservacion de los cordones posteriores.

La enfermedad de Parkinson, malamente llamada paralisis agitante, segun Charcot, ni remotamente podria confundirse con la enfermedad que estudiamos; porque además de no presentar los síntomas cefálicos, embarazo de la palabra, contracturas secundarias, y otros de los síntomas anotados, el temblor, que es el único punto de contacto, es muy diferente al que hemos descrito bajo todos puntos de vista. La ausencia de atrofia muscular en masa, la existencia de síntomas cefálicos, y la marcha misma de la enfermedad, creo nos basten para hacer el diagnóstico diferencial con la esclerosis lateral amiotrófica. La gravedad del pronóstico á nadie se le oculta, porque como siempre esta afeccion tiene una marcha progresiva, puede invadir de un momento á otro ciertas regiones del bulbo que no toleran ninguna clase de lesiones. El tratamiento empleado hasta hoy ha sido la hidroterapia y los bromuros; si añadiéramos los mercuriales y las corrientes continuas, creo que habriamos llenado las indicaciones más precisas por ser los medios que han dado los resultados más favorables.

S. Perera Escobar.

HOSPITAL BEISTEGUI.

Sarcoma del epiplon.—Laparotomia.—Curacion.—Magdalena Olivares, de treinta años de edad, oriunda de México, nulípara, soltera, costurera, entró á este hospital el dia 23 de Setiembre de 1887, con el objeto de curarse de un dolor que padece hace tres años en la fosa iliaca derecha y en la mitad derecha del hipogastrio.

Antecedentes.—Ignora la causa de su enfermedad; cree que el excesivo trabajo en la máquina de coser ha podido tener influencia en el desarrollo de su padecimiento; el dolor, cuyo sitio hemos indicado, se propagó despues á la cara interna de los muslos é impedia el decúbito lateral derecho; vómitos biliosos y alimenticios; punzadas semejantes á la picadura de una aguja. La extension del dolor coincidió con la dificultad de los movimientos de flexion de la columna vertebral y de las estaciones sentada y de pié.

Perturbaciones digestivas; constipacion tenaz; dificultad en la emision de la orina que era de mal olor; ardores uretrales.

Dolores en el ano, que no se exacerban al defecar.

Menstruacion establecida á los trece años, regular, escasa, dolorosa, se ha suspendido hace tres meses; flujo blanco que se coagulaba acompañado de dolores en el bajo vientre. La madre de la enferma padeció de la cintura.

Exámen de la enferma.—Presenta en la mitad derecha del hipogastrio y en una parte de la mitad izquierda, un tumor de consistencia firme, regular, sin abolladuras apreciables al tacto, móvil y al parecer sujeto por su parte inferior á uno de los órganos contenidos en la pelvis: mate á la percusion, no presenta adherencias con la piel, cuya coloracion y demás caractéres no han cambiado. La palpacion despierta dolores que irradian hácia la parte posterior al nivel del sacro. Haciendo la palpacion y tacto por la vagina, se encontró que el tumor parece ser independiente del cuerpo de la matriz, pero se siente dicho tumor á través de la pared anterior de la vagina, é imprimiéndole movimientos por el vientre se perciben claramente éstos, comunicados al dedo que hace el tacto en el fondo de saco anterior. El tumor ha determinado en ciertas ocasiones y determinó en el hospital, los primeros dias, perturbaciones por parte de la vejiga; habia disuria y era necesario sondear á la enferma varios dias seguidos; pero este estado desapareció á poco. Los fenómenos por parte del recto eran insignificantes.

Diagnóstico.—Teniendo en cuenta el sitio del tumor, su consistencia, su marcha rápida, el carácter de los dolores, su movilidad é independencia de la matriz, las perturbaciones que ha traido en el estado general de la enferma (anemia profunda, color amarillento) es de suponerse que se trata de un tumor maligno, probablemente de una carcinoma.

Tratamiento.— Laparatomia el dia 21 de Abril de 1888 por el Dr. Francisco Chacon; duró la operacion 50 minutos, se extrajo del vientre un tumor sarcomatoso del gran epiplon que pesaba dos libras, cuatro onzas. La enferma tuvo despues de la operacion 36° y en los dias siguientes estas temperaturas:

Dia				
Dia 21	de Abril de 88.		37°5	tarde.
,, 22	,,	37°2	37°6	,,
,, 23	,,	37°4	37°8	,,
,, 24	,,	38°	37°6	,,
,, 25	,,	37°6	38°1	,,
,, 26	,,	37°6	38°5	,, 1ª curacion que se le hizo.
,, 27	,,	38°2	38°2	tarde, 2ª curacion.
,, 28	,,	38°2	37°9	tarde.
,, 29	,,	37°5	38°	,, 3ª curacion.
,, 30	,,	37°6	37°9	tarde.
,, 1º	de Mayo de 88.	37°9	37°8	,, 4ª curacion.
,, 2	,,	37°7	37°	tarde, 5ª idem, cicatrizada la incision por 1ª intension.

Unico accidente: náuseas y un pequeño absceso de la pared del vientre.

En la actualidad la enferma ya se sienta, come y duerme muy bien.

Doctores que asistieron á la operacion: Sres. Icaza, Prieto, J. Vértiz y Hurtado.

Datos suministrados por I. Ocampo.

REVISTA EXTRANJERA.

FISIOLOGIA.

RELACIONES FISIOLÓGICAS ENTRE EL APARATO GENITAL Y EL OLFATIVO.—Las relaciones íntimas que existen entre el aparato reproductor y el olfativo, relaciones que son del mismo órden de aquellas que existen entre los órganos genitales, la mamila, la laringe, etc., han sido notadas desde la más remota antigüedad. T. Mackenzie dice que en Ayurveda, el antiguo clásico indígena, se encuentra citado entre las causas de coriza agudo el *uxoribus concubitus*.

Hipócrates, Celso, Lampridius, refieren en sus obras casos de esta especie. Virgilio en su *Eneida* cuenta que el castigo reservado á las adúlteras, era la amputacion de la nariz. En todo tiempo los perfumes, los olores, han sido buscados para hacer nacer los deseos venéreos.

El olfato, dice Clcquet, está en relacion inmediata con las funciones de la generacion; no es dudoso, escribe Laget (Diccion. Enciclop), que las funciones genésicas sean aquellas sobre las que la accion de los olores parece hacerse sentir más. Este hecho está en concordancia con lo que se observa en la naturaleza. En las flores, el olor atrayendo los insectos cargados de polen, concurre así á la fecundacion.

En ciertos animales, la aproximacion del macho es solicitada por los olores que se desprenden de las glándulas de los órganos genitales de la hembra, en el momento de la brama; estos olores son muy penetrantes en ciertas especies (búfalos, gorilas) especies salvajes que tienen el tejido erectil de las fosas nasales mucho más desarrollado que los animales domésticos; por tal motivo, Arviset se pregunta si los cuerpos cavernosos están destinados á hincharse de sangre en el momento de la brama, con el objeto de determinar el reflejo de la ereccion.—*(Journ. de Med. de Paris).*

PATOLOGIA INTERNA.

EPISTAXIS GENITAL.—Hemos apuntado en el párrafo anterior la relacion fisiológica que existe entre la funcion olfativa y el aparato reproductor.

Esta relacion está además demostrada por ciertos hechos patológicos cuya importancia etiológica no puede ponerse en duda. En efecto, en un trabajo del Dr. Joal (de Mont-Dore) queda establecido que casi siempre el onanismo es la causa de las epistaxis que frecuentemente aparecen en la adolescencia.

Este hecho se apoya en las relaciones de que hemos hablado y en ciertas observaciones citadas por Joal, aludiendo á aquellos individuos que no pueden entregarse al coito sin experimentar violentos estornudos. Un enfermo asmático de Mont-Dore, no podia tener relaciones conyugales sin sufrir un acceso de sofocacion que principiaba por estornudos y lagrimeo, síntomas que indican el orígen nasal del asma. El médico conoció la causa de estos accidentes por la coincidencia de la vuelta del acceso con el regreso de la mujer del paciente.

Por otra parte, la aparicion de fenómenos pituitarios, es bastante frecuente en ciertas mujeres durante la época menstrual: algunas tienen la nariz obstruida en cada período catamenial, otras sufren accesos de estornudos, secrecion profusa, tos, jaqueca, rubicundez de la piel de la nariz, vértigos, etc., síntomas todos cuyo punto de partida es la turgecencia del tejido erectil.

La observacion clínica revela toda una série de hechos que demuestran bien la influencia del factor genital sobre el desarrollo de las enfermedades nasales, tal como sucede en la ozena en que el olor fétido aumenta en cada época menstrual. —*J. Mackenzie, Trousseau.*

La coexistencia de una enfermedad del útero ó de los ovarios, ejerce una accion marcada sobre la marcha de las afecciones nasales. Mackenzie refiere casos de curacion de una enfermedad nasal tratando la afeccion uterina concomitante.

Aun más, la excitacion sexual repetida, puede crear un estado inflamatorio crónico de la mucosa nasal. Tal es el caso de los masturbadores inveterados: casi todos padecen catarro crónico, con escurrimiento purulento y perversion del sentido del olfato.

En muchos casos, el coito es frecuentemente seguido de hemorragias nasales. En fin, la mayor parte de las epistaxis suplementarias, entran en el cuadro de las epistaxis genitales: la irritacion ovárica y uterina de la época menstrual, provoca por accion refleja el hinchamiento de los cuerpos cavernosos y la hemorragia de la pituitaria.

El conocimiento de todos estos hechos ha conducido al Dr. Joal á pensar que el onanismo podria ser la causa de ciertas hemorragias nasales. La primera observacion que cita es muy característica: un alumno de un Liceo, perezoso é incapaz de todo trabajo intelectual, habia encontrado, para evitar los castigos, un medio que juzgaba ingenioso y del cual se vanagloriaba sin ninguna clase de pudor. Se masturbaba con furor muchas veces seguidas, hasta que la sangre escurria de su nariz y se le conducia á la enfermería. Las abundantes y repetidas epistaxis produjeron un estado de anemia y débilidad general tan pronunciado, que fué necesario enviarlo á su casa.

Joal cita tambien el caso de un individuo que se masturbaba hasta provocar la epistaxis para aliviarse de un dolor de cabeza; cita tambien el de un jóven en quien las epistaxis reconocian el mismo orígen; así como otros hechos observados por los Dres. Girod, Lemarchand y Crignon.

Estos hechos, aunque pocos, probablemente porque son de una observacion bastante delicada, explican verosímilmente la produccion de ciertas epistaxis de los adolescentes.—*(Journal de Med. et Chirug*, Avril 88).

———

PATOLOGIA EXTERNA.

DE LA URETROTOMÍA EXTERNA.—CLÍNICA DE GUYON.—(Concluye).—Hemos descrito ya, de una manera general, el segundo tiempo de la operacion; debo indicar ahora las particularidades que presenta segun la causa y naturaleza del estrechamiento, el estado del perineo, la presencia ó ausencia de fístulas. Los estrechamientos traumáticos son, en la especie, los más favorables al método; en efecto, en estos casos se encuentra siempre en el perineo, un *nodus* cicatricial voluminoso, de paredes precisas, fácil de sentir, verdadera cicatriz hipertrófica del canal que permite al cirujano apreciar el momento en que comienza y en que acaba su incision: la misma cicatriz, que ha reemplazado á la pared inferior de la uretra puede guiarlo al hacer la incision.

Los estrechamientos blenorrágicos simples, sin extensas alteraciones perineales, no ofrecen este recurso. De una manera general, la uretrotomía externa no está indicada en estos casos; pero puede estarlo en ciertas circunstancias, y entónces, cuando no hay trasformacion fibrosa del perineo, el cirujano puede tropezar con el bulbo de la uretra trasformado y formando parte de la cicatriz fibrosa. La herida de este órgano puede ocasionar la pérdida de cierta cantidad de sangre. En un caso, pude pasar lateralmente hasta su extremidad posterior. Pero de hecho considero que si la lesion es pequeña, no debe preocuparnos la hemorragia; por lo tanto aconsejo incidir el bulbo en su parte média porque allí la hemorragia será leve y el peligro de infeccion venosa es remoto si se observan las precauciones antisépticas aconsejadas durante la operacion y las curaciones.

La presencia de fístulas perineales tan frecuentes en los casos que imponen la uretrotomía externa, no modifica en nada el plan general del segundo tiempo operatorio.

Aun pueden ser útiles estas fístulas para mostrar el sitio de la extremidad posterior de la uretra. En algunos casos será posible entrar directamente á la vejiga por la fístula, ella servirá de guía natural y sobre ella se dirigirá la incision antero-posterior á través del estrechamiento.

En otros casos la fístula conduce simplemente á las cercanías de la uretra hácia atrás del punto estrechado; si existiesen trayectos fistulosos múltiples, debe tenerse entendido que todas ellas se abren ó terminan en un antro ó cavidad irregular que confina exactamente á la uretra. De manera que: si se encuentra esta cavidad central, será fácil penetrar dentro de la uretra; si no se encuentra, se procede como ya hemos dicho, á incidir todos los tejidos duros, tanto profunda como longitudinalmente.

Antes de describir el tercer tiempo de la operacion, haremos un pequeño resúmen de las maniobras que constituyen el segundo tiempo, cuya importancia es capital: Incision directa de adelante á atras y de arriba á abajo del punto estrechado. Esta incision no tiene otro límite que los tejidos cicatriciales; comienza en la entrada del estrechamiento y termina (en los casos extremos), al nivel del ligamento subpubiano en la entrada de la region membranosa. Divídanse los tejidos duros *exactamente* en la línea mediana y sepárense los bordes de la herida á medida que progresa la seccion. Cuando esta incision queda terminada, no hay ya ninguna dificultad operatoria; el tercer tiempo comienza.

Este tercer tiempo es el cateterismo de la porcion posterior. La incision de las partes estrechadas nos ha conducido hácia atras del estrechamiento, á la entrada de la region membranosa. Para penetrar allí, he hecho construir, hace algunos años, una sonda canalada especial, único instrumento de que me sirvo para penetrar en la porcion posterior de la uretra.

Esta sonda canalada, de volúmen ordinario, está simplemente prolongada por un estilete botonado de plata, de algunos centímetros de longitud: encorvo un poco la extremidad del instrumento para pasar la parte inicial de la curva uretral y para contornear el púbis; con pocos esfuerzos penetro en la porcion membranosa; introduzco un dedo en el recto para guiar y facilitar la progresion del instrumento dentro de la uretra y llego á hacer penetrar el estilete en la vejiga, y la sonda canalada en la porcion membranosa.

He franqueado el estrechamiento; pero sucede que persisten en la entrada ó adelante de la porcion membranosa bridas y endurecimientos que dificultan la penetracion de la sonda; para vencer esta dificultad, es preciso hacer la uretrotomía interna. Procedo de la manera siguiente: Por medio de un bisturí estrecho, practico sobre la porcion posterior dos pequeñas incisiones laterales, á las que se puede agregar una ligera debridacion hácia abajo; la única pared que debe cuidarse es la superior á causa del vecindaje inmediato del plexus de Santorini.

Libre ya la uretra, deslizo una bujía armada hasta la vejiga, á lo largo de la sonda canalada, atornillo á esta bujía el tallo recto del uretrotomo, retiro la sonda canalada é introduzco por el tallo, que sirve de conductor, una sonda núm. 20 ó 22, cuya extremidad ha sido préviamente seccionada. Una vez establecida la continuidad entre la herida perineal y la vejiga, la operacion queda terminada, por decirlo así.

Nada es más fácil que conducir hácia la porcion anterior la sonda que sale por el perineo. Pásese

una bujía de mediano volúmen del meato al perineo; introdúzcase su extremidad dentro de la sonda y asegúrese la solidaridad de las dos piezas por medio de un hilo pasado por medio de una aguja gruesa: atráigase la sonda hácia la uretra anterior por medio de la bujía. La continuidad queda restablecida entre las dos extremidades de la uretra, á través del estrechamiento incidido. La herida queda abierta y curada: el trabajo de cicatrizacion va á reconstituir sobre la sonda el canal de la uretra y el perineo.

En tres operados he agregado, como complemento á la operacion, una sutura de la uretra y el perineo destinada á favorecer la reparacion. Esta sutura, uretroplastía y perineorrafía, es un tiempo operatorio de fecha reciente cuyo uso no está actualmente generalizado. No dudo en declararme partidario de esta práctica, sobre todo, en los casos de grandes descalabros perineales, tejidos cicatriciales y fístulas extensas, fundándome en los buenos resultados obtenidos en un enfermo que tenia entre las dos extremidades de la uretra, un núcleo cicatricial de 4 á 5 centímetros de extension.

En lo que toca al modo como ejecuto esta operacion plástica, varia segun los casos. En los casos simples hago la sutura directa de las paredes uretrales; en los casos de endurecimiento extenso se puede desdoblar el espesor del perineo y crear dos colgajos laterales que se unen por puntos de sutura sobre la sonda; arriba de este plano, suturas profundas hechas con catgut, se suturan los tegumentos, estableciendo una canalizacion entre estos dos planos.

Despues de la uretrotomía externa, es preciso colocar una sonda á permanencia, omision que nos expondria á cateterismos que durante los primeros dias serian difíciles y nocivos. Cierto que la sonda provoca la supuracion de la uretra, pero este accidente se evita no dejando la sonda mucho tiempo y haciendo un aseo conveniente. De esta manera se puede mantener la sonda introducida durante 8 dias, tiempo suficiente para que el cateterismo no presente riesgos ni dificultades.

Debo insistir, para terminar, en recomendaros las maniobras para encontrar la extremidad posterior; solo una vez he fracasado en esta investigacion; se trataba de un estrechamiento por fractura de la pelvis, pero tened bien presente que en los casos como este, las reglas que he dado no tienen efecto, porque ellas se refieren á la locula perineal inferior y no al piso superior del perineo. Aquí no hay puntos de referencia ciertos, las relaciones y la direccion del canal varian notablemente: entonces está indicado el cateterismo retrógrado; pero á pesar de esto no prolongueis mucho vuestra investigacion, y estad siempre prestos á la seccion hipogástrica. Afortunadamente estos casos son raros y pueden prestarse á la uretrotomía interna que practico sobre la pared inferior, al contrario de lo que hago en la region perineal, pues en los estrechamientos de la porcion membranosa, habria riesgo de herir el plexus de Santorini.

DR. GUYON.

TERAPEUTICA.

DEL EMPLEO DEL PICHI EN LAS AFECCIONES DE LAS VÍAS URINARIAS, POR EL DR. LE MENANT DES CHESNAIS.—El 19 de Febrero de 1885, el Dr. Boyer ha presentado á la Sociedad de medicina práctica algunas muestras de madera de *Pichi*. Esta palabra es originaria de la República de Chile y reconocida por Mussat como la *Fabiana imbrocata*, de la familia de las solaneas. Ha sido enviada de Valparaiso, como remedio eficaz contra las afecciones inflamatorias de la vejiga, y para disolver los cálculos.

El autor la ha experimentado en dos casos con indudable provecho.

En el primero se trataba de un hombre de 60 años, afectado desde años atras de cistitis catarral. La necesidad de orinar era frecuente durante la noche, y las emisiones poco abundantes é incompletas provocaban cierto grado de paresia de la vejiga.

La orina tenia muy marcado olor amoniacal y dejaba siempre en el fondo del vaso un depósito muco-purulento formado por largos filamentos que escapaban del canal de la uretra con la orina.

A estas perturbaciones venian á agregarse de tiempo en tiempo, dolores en los riñones y á lo largo del canal, con sensacion de pesantez al nivel de las bolsas y prurito en la region genital. Demás de esto, fuertes erecciones nocturnas que turbaban su sueño.

Despues de haber consultado con el Dr. Félix Guyon y con su farmacéutico, quien le habia aconsejado el uso del agua de Contexeville, de Vittel y las cápsulas de trementina, vino á consultarme, y despues de haberle prescrito infructuosamente el extracto de estímatos de maíz, recurrí al *Pichí* que produjo los efectos siguientes:

Desde el 2º dia, la orina apareció más clara, con olor menos fuerte y diminucion muy sensible del depósito muco-purulento.

Mi enfermo me anunció con alegría, que la necesidad de orinar durante la noche era mucho menos frecuente, por más que la cantidad de orina emitida durante las 24 horas, le pareciese haber aumentado.

La sangre (padecia hematurias) no reapareció, los dolores y la sensacion de pesantez, disminuyeron en sumo grado.

Continuó esta mejoría hasta el punto que la orina era emitida sin depósito. El estado general mejoró, pero en el otoño el agotamiento apareció nuevamente; cada vez que se suspendia el empleo del *Pichí*, los dolores volvian y con ellos el depósito muco-purulento.

Por fin, el enfermo sucumbió en el mes de Enero.

Mi segunda observacion concierne á un niño de 14 años, de temperamento linfático. En el mes de Enero, fué atacado de cólicos nefríticos y descubrí en el fondo del vaso donde depositaba la orina, gran cantidad de arena roja. Su familia no dió antecedentes gotosos, ni por parte del padre ni de la madre. A pesar del uso del carbonato de litina durante mucho tiempo, del agua de Contexeville á la dósis de una botella diaria, resultó que en vez de disminuir las crísis, éstas aumentaron hasta 6 y 8 por dia. Ni los baños calientes, ni las cataplasmas, ni el extracto de maíz, ni los trapos empapados en agua caliente y cubiertos con una capa de ouate y tafetan impermeable, producian alivio duradero.

Por último, despues de usar sin éxito el agua de Vittel y las inyecciones de morfina, ordené que el niño tomase el licor de *Pichí* cuyos efectos acababa de palpar.

Al cabo de diez dias de tratamiento, el niño tuvo solo tres crísis (dos muy ligeras), y arrojó gran cantidad de arena roja pero sin ningun sufrimiento. He seguido administrando el *Pichí* siempre con igual resultado; el niño ha tomado ya 8 botellas, y al decir de su madre, que es inteligente, ha arrojado más arena cada dia.

Desde esta época no sufre de cólicos nefríticos y goza de una salud floreciente. (*Journal de Med. de Paris*, 22 Abril 88).

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA SOLANINA, LA ANTIPIRINA Y LA ACETANILIDA.— El Dr. Grasset (de Montpellier), ha hecho público un trabajo de su jefe de clínica Dr. Sarda, titulado: "La antipirina y la acetanilida como medicamentos nervinos comparados con la solanina."

Como nervinos, las dos primeras sustancias son excelentes analgésicos.

Contra los fenómenos de excitacion motriz, trepidacion epileptoide, reflejos exagerados, temblores, la antipirina fracasa á menudo; por el contrario, es benéfica en la paralisis agitante y el tic doloroso de la cara. En todos estos casos la acetanilida obra mejor, salvo en la paralisis agitante.

La solanina es un nervino precioso toda vez que se quiera obtener un efecto depresivo sobre el bulbo y la médula, produce peresia de los nervios motores y analgesia de los sensitivos. Ineficaz en el reumatismo articular agudo, muy útil en el reumatismo muscular: obra tan bien como la acetanilida para calmar los dolores en la úlcera del estómago. Superior á la antipirina y á la acetilina en la sciática rebelde y antigua, sobre todo en los casos de neuritis; calma los dolores de los atáxicos.

La solanina es el mejor moderador de la excitacion matriz por sus efectos rápidos y constantes en los casos de mielitis crónica con dolores fulgurantes y trepidacion epileptoide. En un caso de esclerosis en placas hizo desaparecer el temblor en 6 dias. Segun Grasset la solanina es el medicamento que se dirige á los haces piramidales.—(*Soc. Scient. 11 Avril*).

NUEVA COMBINACION ANESTÉSICA DE CLOROFORMO Y OXÍGENO.— (*The London medical Record*).—Esta combinacion fué propuesta por la primera vez por el Dr. Neudörfer (de Viena) quien presumia que semejante mezcla determinaria la insensibilidad más rápidamente á precio de un periodo de excitacion menos vivo que el que produce la mezcla ordinaria de cloroformo y aire.

A pesar de los resultados satisfactorios obtenidos por Neudörfer y tal vez á causa de la dificultad de realizar la marcha en las proporciones requeridas, esta práctica fue echada en olvido.

Kreutzman, abandonando toda tentativa de dosificacion y administrando una mezcla no definida de cloroformo, oxígeno y aire, dice haber obtenido los siguientes resultados: 1º Efectos anestésicos con notable rapidez; al cabo de algunas inspiraciones profundas la anestesia es completa; 2º La agitacion es casi nula aun en los alcohólicos. 3º En muchos casos la cara está roja y cubierta de sudor en vez de pálida, como casi siempre se advierte cuando se emplea el cloroformo solo: 4º El despertar ha sido invariablemente instantáneo con inmediata vuelta de la conciencia y sin estado nauseoso ni vómitos.

Agreguemos á esto que la cantidad de cloroformo que se necesita para producir la anestecia, es mucho menor que cuando se emplea el cloroformo puro ó mezclado con aire.—(*Bull. Gén. de Therap. 15 Avril*).

Cualquiera que sea el destino del nuevo método, nos parece digno de ser tomado en consideracion, y por lo tanto recomendamos á los cirujanos se sirvan emplearlo. El aparato propio para verificar la mezcla podria consistir en un frasco de dos tubuladuras lleno hasta sus dos terceras partes de cloroformo y comunicando por una parte con una pequeña bolsa de oxígeno provista de una bomba aspirante y por otra con un tubo que fuese á terminar en alguno de los aparatos de cloroformizacion conocidos.

TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS DE LAS EXTREMIDADES.—(*The Lancet*).—El periódico precitado refiere dos casos de traspiracion profusa de los piés, tratados con éxito y rapidez por el medio siguiente: En el primer caso, se trataba de un hom-

bre atacado de sífilis que á pesar de tener los mayores cuidados de limpieza, no podia desembarazarse de una traspiracion profusa y fétida de los piés, lo cual le impedia andar por el reblandecimiento de la epidermis, y hacia su sociedad insoportoble por razones fáciles de comprender. El autor de esta nota aconsejó al enfermo cambiar de calzado por la mañana y por la tarde y lavarse los piés con agua fria y jabon fenicado. Despues de secarse perfectamente, hacer unciones en todo el pié con una mistura de una gota de atropina para una onza de licor de Van-Siweten, locion que se debe dejar evaporar en el lugar. Al cabo de treinta y seis horas la mejoría era tan completa, que el autor encontró á su cliente dispuesto á seguir á su regimiento de voluntarios.

El segundo caso se refiere á una criada. El mismo tratamiento produjo rápidamente la curacion.

LA SAL COMUN EN EL TRATAMIENTO DE LA JAQUECA. —En nuestro núm. 4 hablamos del descubrimiento del Dr. Rabow (de Berlin) haciendo notar que una cucharadita ó una media cucharadita de sal *in natura*, puede cortar un acceso de jaqueca en el espacio de media hora.

Hace ya algunos años, Nothnagel habia observado que este medio sencillo, puede ser útil en la epilepsía.

Es permitido inducir *á priori* que el procedimiento supradicho puede producir un efecto semejante en el asma, en el hipo, en la histeria, en el esofagismo, etc., en todos aquellos casos, en fin, en que haya lugar á pensar que se trata de un fenómeno inhibitorio reflejo, de punto de partida, bucal, esofagiano ó gástrico, solicitado por un cuerpo de cualquiera naturaleza, pero bastante para excitar las terminaciones nerviosas gustativas y sensibles de estas regiones.

Es conocido que se pueden cortar açcesos de asma, y ataques de jaqueca por la absorcion de un licor fuerte como el alcoholato de menta, de Kirsch, etc.

El medio descubierto por Rabow no es entonces mas que una aplicacion particular de un método terapéutico muy general.—*(Bull. Gén. de Therap. 15 Avril).*

EL CLORAL CONTRA EL CRUP.—El Dr. Mercier, de Bessançon, emplea el cloral contra la difteria, bajo la forma de jarabe al vigésimo, de la manera siguiente: ante todo, cuando el estado saburral es bien marcado, el autor principia por la administracion de la ipeca sola, para evitar la postracion que produce el emético.

Desde que cesan los vómitos, hace tomar al enfermo 2, 3, 5 gramos de jarabe de cloral cada media hora, segun la edad del sugeto, teniendo cuidado de hacerle ingerir antes sus bebidas ordinarias para evitar los dolores de estómago. Practica, además, unciones con ungüento mercurial belladonado en las regiones anteriores del cuello y submaxilares, para combatir el infarto ganglionar.

Cúbrase el cuello de ouate. Al cabo de 24 horas, no se advierte nunca el menor cambio en el estado del enfermo.

Despues de 48 horas, las falsas membranas han desaparecido completamente. En las personas de piel muy blanca y cabellos rubios, suelen no desaparecer sino hasta el tercer dia.

Tan pronto como las falsas membranas se desprenden, el cloral produce una sensacion de ardor en la garganta.

Si queda rubicundez ó tumefaccion de las amigdalas, se deben prescribir gargarismos astringentes (en los niños, jeringatorios) y trátese de levantar las fuerzas por una alimentacion apropiada y el uso de la quina y vinos generosos. Suspéndase el cloral cuando las pseudo-membranas hayan desaparecido.

Si en el curso de la enfermedad, sobrevinieren espasmos ó dispnea se puede, concurrentemente con el cloral, hacer unciones con la solucion de clorhidrato de cocaina á 50 por ciento.

El autor mira el tratamiento por el cloral más dañoso que útil, cuando existe difteria laringea y la voz está completamente apagada.

TRATAMIENTO DE LA AGALACTASIA.—El autor (Dr. Waugh) excluye desde luego el empleo del alcohol, el vino, la cerveza, que si bien es cierto que determinan el aflujo de la leche en los senos, ésta es acuosa y poco rica en principios nutritivos. Segun él, ninguna droga es comparable al jaborandi, cuya accion es de tal manera cierta, que se podria descubrir la falsificacion de extractos de jaborandi por la ausencia de esta propiedad. Cita el caso de una mujer muy corpulenta que pesaba más de 100 kilógramos, en la cual, despues de çada parto, la leche disminuia gradualmente. Diez gotas de extracto fluido cada hora fueron administradas, y la leche reapareció abundante.

FORMULARIO.

TRATAMIENTO DE LA LITIASIS BILIAR.—*(Jaccoud).* —*Tratamiento del cólico hepático.*—Para calmar los dolores que resultan del paso de los cálculos á través de las vías biliares existen dos medios: las inyecciones subcutáneas de clorhidrato de morfina (1 centíg.) ó la antipirina (4 gram. mañana y tarde) administrados por ingestion ó por inyeccion hipodérmica.

Cuando el acceso doloroso es acompañado de vómitos, lo que es el caso habitual, no hay más mé-

todo racional que el hipodérmico. Deben proscribirse las inhalaciones de cloroformo, por ser peligrosas.

Tratamiento seguido durante toda la duracion de la enfermedad.—Se trata de destruir los cálculos ya existentes é impedir la formacion de nuevos. Para este objeto conviene prescribir la medicacion y el régimen siguientes:

1º *Medicacion litontríptica.*—El profesor Jaccoud prescribe el remedio de Durand, cuya fórmula es la siguiente:

Eter................	300 00 gramos.
Esencia de trementina.	200 00 ,,

El enf rmo deberá tomar 2 ó 3 gramos de esta mistura hasta la concurrencia de 500 00 gramos, la cual representa un tratamiento de larga duracion (6 ú 8 meses).

Se puede emplear como succedáneo, el éther solo á la dósis de 10 á 40 gotas, ó la esencia de trementina sola: 4 á 6 perlas de 10 centígramos. Se aconsejarán, además, las aguas de Vichy, Carlsbadt, Ems, Vittel, etc.

2º *Régimen.* La alimentacion será sencilla; excluir las grasas, los feculentos, las especias.

El enfermo deberá hacer un ejercicio moderado todos los dias.—*(Journal de Med. de Paris).*

Pocion Fischer contra el insomnio.

El hidrato de amilena, en razon de su poca accion sobre las funciones respiratorias y circulatorias, está indicado, de preferencia al cloral, en los tísicos, los anémicos y los afectados de lesiones cardio-vasculares. Se puede prescribir esta sustancia en una pocion de la que los enfermos tomarán la mitad al acostarse.

Hé aquí la fórmula:

Hidrato de amilena.....	6 á 7 gramos.
Hidroclorato de morfina.	0 15 milígr.
Agua destilada.........	60 gramos.
Extracto de orozuz	20 ,,

En el caso en que el medicamento ocasionare molestias gástricas (lo que es raro), se administrará en lavativas sustituyendo al extracto de orozuz el mucílago de goma arábiga.—*(Rev. gen. de Clín. y Terapeu).*

Solucion antiséptica.

La solucion cuya fórmula trascribimos, debe emplearse diluida en 10 ó 20 veces su volúmen de agua, para las curaciones, los lavados y la antisepsia de los instrumentos.

Bicloruro de mercurio..	100 00 gramos.
Clorato de sosa........	50 00 ,,
Acido acético diluido al 20.4%	50 00 ,,
Agua	900 00 ,,

Se conserva durante muchos meses sin alterarse, lo mismo en la luz que en la oscuridad.—*(Sem. Med.).*

Linimento antinevrálgico.

Alcohol alcamforado....	90 00 gramos.
Ether sulfúrico.........	30 00 ,,
Láudano de Rousseau...	6 00 ,,
Cloroformo............	20 00 ,,

Se embebe un pedazo de franela en esta mistura y se extiende sobre la region dolorosa, cubriendo todo con una hoja de tafetan engomado.—*(Union Med.)*

Tratamiento de la tos ferina.

Los autores establecen una juiciosa distincion en el tratamiento de esta afeccion. Comprende la medicacion catarral, antespasmódica, anestésica, antiparasitaria y nasal.

Medicacion catarral. Al lado de los revulsivos y los antiflojísticos, que se han abandonado, preciso es colocar los vomitivos. Desembarazando los bronquios de las mucosidades que los encumbran, se produce un verdadero alivio. Se puede prescribir con ventaja:

Ipeca pulv	0.50 cent. á 1 gr. 00.
Jarabe de Ipeca...	30 gr. 00.

M. cucharaditas de cinco en cinco minutos hasta el vómito.

O bien

Sulfato de cobre.........	5 á 20 centíg.
Agua dest.............	100 gr. 00.

Cucharaditas cada diez minutos hasta el vómito.

Estas prescripciones solo se usarán una ó dos veces por semana. Por similitud de accion, se puede colocar aquí *la policarpina.* (Un centíg. de policarpina en inyeccion hipodérmica todos los dias ó cada dos dias, durante ocho á catorce dias). En dos casos los accesos disminuyeron rápidamente.

El *oximel scilítico* administrado en el periodo de los estertores sibilantes en la bronquitis facilita la espectoracion; de aquí vino la idea de aplicarlo en la tos ferina (1 cucharada de café de oximel scilítico cada 10 minutos, hasta 5 cucharadas á los niños de 3 años, 6 ó 7 á los mayores, 7 ú 8 á los adultos).

Sedantes. Baños: bromuro de potasium; opio y sus alcaloides; jarabe de narceina *(2 centígramos de narceina por dia).*—Cloroformo *(6 gotas en una pocion gomosa en 24 horas, progresivamente hasta 30 ó 40 gotas).*—Cloral, Drosera *(tintura en un julepe desde 25 cent. hasta 5 ú 8 gramos).*—Bromuro de potasium y cloral:

Bromuro de potasium.....	50 cent. á 2 gr.
Cloral hidrat.............	1 ó 2 gram.
Jarabe de grosella.... }	ââ 60 gr. 00
Julepe............... }	

Cucharaditas.

El bromuro de potasium solo en pulverizaciones calma el sistema nervioso y anestecia la faringe (5%).

El cloral solo:

Hidrato de cloral............	1 gr. 25
Jarabe de cortezas de naranja..	100 gr.

Una ó dos cucharadas por dia, es decir, 25 á 50 centígr. de cloral.

(Continuará).

NOTICIAS VARIAS.

NUEVOS COLABORADORES.

Los Sres. Dres. Ricardo Vértiz y Miguel Cordero, han tenido la bondad de ingresar á nuestro cuerpo de colaboracion. Nos felicitamos por tan buena adquisicion y felicitamos á nuestros lectores.

A LOS MEDICOS.

Recordamos á los médicos de la capital y foráneos, que nuestra seccion de *Remitidos científicos* está abierta para los que quieran hacer públicas sus ideas sobre materias científicas.

TIP. DE DUBLAN Y COMP.

VOL. I. México, Junio 1º de 1888. NUM. 7

REVISTA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO BIMENSUAL DIRIGIDO POR EL DR. JOSE RAMOS.

COLABORACION:

Dres. R. Lavista, M. Carmona y Valle, E. Liceaga, J. M. Rodriguez, R. Fuertes, M. Alvarado, D. Mejía, J. M. Bandera, M. Dominguez, M. Gutierrez, San Juan, F. de P. Chacón, R. Vertiz, M. Cordero, F. López, F. Ortega y Fonseca, F. Hurtado, N. Vargas, J. Martinez del Campo, C. Tejeda Guzman, J. Villagrán.

DIRECCION Y REDACCION:

REFUGIO NUM. 15, ENTRESUELO,

DESPACHO DE LOS SRES.

E. DUBLAN Y COMP.

Administrador y propietario: Dr. Manuel Barreiro.

Apartado en el Correo núm. 619.

PRECIOS DE SUSCRICION:

EN LA CAPITAL

Por un mes..................$ 0 50

Por seis meses.................. 2 50

EN LOS ESTADOS

Por un mes..................$ 0 62

Por seis meses.................. 3 00

PRENSA EXTRANJERA QUE RECIBIMOS PARA LA FORMACION DE LA REVISTA:

"Gaceta Médica de Paris."—"Gaceta de los hospitales civiles y militares de Paris."—"Periódico de las Sociedades Científicas."—"Revista Científica."—"La Naturaleza."—"Gaceta Hebdomadaria."—"Revista de Medicina," de Bouchard, Charcot y Chauvau.—"Anales de las enfermedades de los órganos genito-urinarios."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Lúcas Championière.—"Periódico de Medicina de Paris," de Lutaud.—"Boletin de la Academia de Medicina."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Bruselas.—"El Electricista."—"El Tiempo Médico," de Filadelfia.—"El Registro Médico."—"El Mundo Médico."—"Anales de Ginecología," de Boston.—"La Lanceta," de Lóndres.

SECCION EDITORIAL.

ANTISEPSIA EN LAS LAPAROTOMIAS.

Traducido de la Obra de Enfermedades de Mujeres del Prof. Fritsch de Breslau.—(Pág. 65).

Las laparotomias solo deben ser ejecutadas por aquellos médicos que conozcan bien y hayan practicado mucho la Antisepsia. Que no se crea que se conoce la Antisepsia porque se hayan leido muchos opúsculos que traten de ella. Para adquirir el conocimiento de ella y para llegar á un completo perfeccionamiento, se requiere mucha práctica á fin de adquirirlos de una manera lenta y gradual pero segura; en esto, como en todo, puede aplicarse bien el proverbio que los *maestros no caen del cielo.* En ninguna operacion juega tan gran papel la Antisepsia, como en las laparotomías. En estas operaciones, la experiencia nos enseña diariamente que traumatismos colosales, que nunca hubieran sido soportados, lo son cuando se han seguido las reglas de la Asepsia.

La Asepsia comprende: 1º *la completa desinfeccion de la sala de operacion y de la mesa.* 2º *la completa desinfeccion del operador asistente, instrumentos, utensilios.* 3º *la completa desinfeccion del paciente antes, durante y despues de la operacion.*

La sala de operacion debe ser bien ventilada y desinfectada; ya sea quemando azufre, ya por medio del cloro ó por una irrigacion de ácido fénico. Para obtener mejor éxito se elige siempre una pieza pequeña.

La mesa de operacion debe estar cubierta con una doble capa de hule, á fin de que una vez concluida la operacion, la cubierta primera que contiene la sangre, restos de tejido, de seda y los instrumentos, se retire prontamente, dejando la 2ª que está seca para poder poner el vendaje.

El operador se lava tres veces consecutivas los brazos con jabon, con cepillo y con solucion fénica; 5 minutos debe durar el primer lavado, los otros dos pueden ser más cortos. Una solucion fénica al 3% es suficiente. El lavado con el cepillo es el más importante. Las uñas deben ser siempre objeto de una exagerada limpieza. El trage del operador debe estar limpio y éste debe operar con los brazos desnudos, y humedecerse las manos en solucion al comenzar la operacion. Un asistente igualmente desinfectado ayuda al operador, otro atiende á los instrumentos, otro al cloroformo y otro á las agujas y esponjas. Los espectadores no deben estar cerca de la mesa y no se les permitirá que toquen la herida ni los instrumentos. Los instrumentos perfectamente limpios, serán hervidos durante una hora, limpiados otra vez y colocados durante una hora en solucion fénica al 5% La seda debe ser hervida tambien y per-

manecer lo menos una semana en solucion fénica al 5%. Igualmente las esponjas. Los lienzos destinados para envolver los intestinos deben ser desinfectados de la misma manera, y puestas en la misma solucion, pero ésta debe estar bien caliente.

3. La enferma debe ser sometida á una previa desinfeccion. Ella debe permanecer en la cama 5 ó 6 dias antes de la operacion, se baña diariamente, se frota el abdómen con solucion fénica y jabon y se hacen inyecciones vaginales; 3 dias antes de la operacion, deben vaciarse los intestinos, solc se le permitirá tomar alimentos líquidos y un dia antes, se le suministra algunas dósis de bismuto (0.50 cgm.) con morfina (0,01 cgm).

Los baños deben ser seis cuando menos. Si la operacion no puede retardarse, entonces la enferma se bañará 2 ó 3 veces diarias. Estos baños tienen por objeto macerar y desprender las capas superiores de la epidermis, el bismuto, el de contraer el intestino á fin de que no incomode. Para la narcosis Fritsch, emplea la siguiente mezcla: cloral-cloroformo 30, éter 9, alcohol 6 y añade que despues de haberla empleado en centenares de operaciones no ha visto producirse vómitos ni náuseas que tanto incomodan al operador. Mientras que se cloroforma á la enferma, se le lava el abdómen, primero con éter para desengrasarlo y luego con jabon y solucion fénica, la vejiga sondeada, los pelos del monte de Venus rasurados y la vulva y la vaginada irrigada.

El pulverizador debe ser suprimido y sustituido por la desinfeccion de la pieza, por una exagerada limpieza durante la operacion, limpieza frecuente del campo de la operacion por irrigaciones calientes de solucion de ácido salicílico

La cuestion principal que debe preocupar al operador, es la limpieza de la operacion. No dejar en la cavidad del vientre ningun coágulo sanguíneo, ningun líquido del tumor; donde no hay terreno propicio, no pueden desarrollarse las bacterias; el operador debe lavar sus manos cada tres ó cuatro minutos, Si la operacion no ha podido efectuarse con la limpieza requerida, entonces debe hacerse en la cavidad una irrigacion con solucion de ácido salicílico á la temperatura de 37°5, y despues absorbida por medio de esponjas. Si el líquido sale teñido con sangre, debe buscarse el lugar que sangra y ligarlo, porque toda hemorragia no solamente pone la vida en peligro por la pérdida de sangre, sino que produce un terreno propicio para el desarrollo de gérmenes sépticos.

Despues de la operacion, la herida debe ser curada con una espesa capa de yodoformo, cubierta con gasa yodoformada y con un fuerte vendaje que tiene la ventaja de que impide las hemorragias, las parenquimatosas principalmente, activa la reabsorcion, se opone al meteorismo. La operada es conducida á una cama caliente. Si la enferma rompe á sudar, debe ser favorecido este sudor, pues mientras mayor actividad tenga la piel y mayor humedad por esta vía, menos funciona en el interior y la reabsorcion por el peritoneo es favorecida.

Es de desearse el absoluto reposo del estómago y de los intestinos. Hay dolores, entónces se usa la morfina *per anum*. (Supositorios.—Butyr cacao 2, 0 gram.; morph. hyd, rochlorici 0,015) ó por la piel, en inyecciones subcutáneas. Al 7° dia se da un purgante, y al décimo se quitan el vendaje y los puntos de sutura, volviendo á colocar otro vendaje aunque no tan apretado, pues así se da fuerza á la herida y se opone á la accion intestinal.

CONSIDERACIONES.

Es imposible tratar mejor una cuestion, en tan corto espacio, y por esto hemos creido conveniente el publicarla, añadiendo algunas consideraciones á fin de hacerla fructuosa entre nosotros.

Es necesario no perder de vista las tres condiciones que debe llenar el método antiséptico y no imitar á algunos cirujanos que creen cumplirlo llenando únicamente la tercera, y eso, de una manera imperfecta y despreciando absolutamente las dos primeras, con lo que difícilmente llegarán á obtener éxito feliz.

Para llegar á dominar el sistema, es necesario educarse en él, adquirirlo de una manera lenta, estar acostumbrado á él; ponerlo en práctica sin esfuerzo alguno, de una manera automática, por decirlo así.

Por fortuna, entre nosotros va haciendo cada dia mayor número de prosélitos y solo tenemos de vez en cuando que luchar con in-

dividuos que ó no lo han practicado ó que con rutinario empeño, no quieren abandonar las viejas murallas.

Fritsch desea, y con razon, que estas operaciones sean hechas en salas *ad hoc*, ascépticas desde su orígen, para suprimir (como lo hacen la mayor parte de los cirujanos extranjeros), el uso del pulverizador, pero esto, que es de fácil aplicacion donde las personas, aun las más ricas, se operan en las clínicas particulares, no es practicable entre nosotros donde las gentes, aun las que cuentan con muy pocos recursos, quieren ser operadas en sus casas, en las cuales, toda exageracion de aseo y vigilancia es poca. El lector que al imponerse del artículo, ha visto el lujo de limpieza y cautelas que se gasta en aquellas casas, podrá comprender cuál habrá sido mi lucha cuando he querido ponerlo en práctica en las operaciones de esta clase que he ejecutado en la clientela privada; como no es posible fundar en México todavía clínicas particulares, no es conveniente deshacerse del uso del pulverizador, por más que este instrumento sea en extremo molesto para el operador y para los asistentes.

Un consejo muy práctico que da el profesor Fritsch, pasó desapercibido en la traduccion y consiste en poner los bisturís en alcohol absoluto y no en solucion fénica; consejo sabio es este, pues cuando se dejan los instrumentos durante algun tiempo en solucion de ácido fénico, se embota enteramente su filo.

Si un dia llega á simplificarse el método antiséptico, los médicos habremos ganado mucho; pero mientras que eso sucede, sigamos al pié de la letra los preceptos de este método que tan brillantes resultados ha dado en Europa, y no nos envanezcamos con *seguir las reglas clásicas*, cuando no sean más que parodias.

R. F.

REMITIDOS CIENTIFICOS.

ALGO SOBRE LA OCLUSION INTESTINAL.

(Concluye).

El antecedente de una peritonitis anterior puede hacer suponer que una asa intestinal ha sido *cogida* por una brida; una fiebre tifoidea, una enteritis grave, una disenteria, la sífilis, pueden producir un estrechamiento cicatricial. La presencia de un tumor (cáncer) del útero, tan frecuente en cierta edad, puede originar la oclusion del intestino (por compresion).

En fin, el principio de los accidentes puede dar alguna luz sobre su causa: el principio brusco corresponde al estrangulamiento y á la torsion, rara vez á la invaginacion. En los casos de estrechamiento, obstruccion y compresion, el desarrollo es gradual (constipacion prolongada, diámetro pequeño de los cilindros fecales, forma en cinta, etc).

Apuntadas ya estas ligeras notas sobre el diagnóstico, entremos en la cuestion de tratamiento, que es lo que ha dado orígen á la presente carta.

Repito que no es mi ánimo atacar el instructivo artículo publicado en el número 5 de la "Revista Médica de México," por mi inteligente é ilustrado compañero el Dr. Mejía, ni mucho menos criticar el método de nuestro eminente maestro el Dr. Jimenez. Solo voy á indicar algunos medios que podrian completar el tratamiento por el cloroformo y á fundar la indicacion de las inyecciones de morfina, que á mí, como al Dr. Morin, me han dado buenos resultados en el tratamiento de la grave afeccion de que me vengo ocupando.

Surge desde luego la idea de disminuir el meteorismo enorme que, en los casos de oclusion, compromete la respiracion y amenaza romper las asas intestinales situadas arriba del obstáculo. El hielo *intus et extra* llena perfectamente la indicacion, debe emplearse con tanta más razon, cuanto que no solo obra reduciendo el volúmen de los gases, sino que modera los vómitos, y por su accion conocida sobre las fibras musculares, produce la contraccion de ellas, ayudando por este medio á vencer la resistencia que se opone al paso de las materias.

Otro de los síntomas terribles que más molestan á los desgraciados atacados de esta enfermedad, es la obstinacion de los vómitos alimenticios y fecaloides. En muchos casos producen un agotamiento tal, que el enfermo está en un verdadero colapsus.

No seria yo muy partidario de la cloroformizacion que frecuentemente produce vómitos en el primer periodo; pero suponiendo pasado éste, aun pudieran aducirse ciertas razones en contra de semejante proceder en ciertos casos. En efecto, si la cloroformizacion produce la pérdida de la sensibilidad, si suprime el intensísimo dolor que acompaña á la oclusion intestinal, no tiende de ninguna manera á restablecer el curso de las materias, pues su accion *no se extiende á la contractilidad de los músculos de la vida orgánica.* En estas circunstancias no quedarian más, para obrar sobre la causa del mal, que *el massage* y las grandes lavativas simples ó antiespasmó

dicas (el Dr. Jimenez usaba el valerianato de amoniaco en los casos que él llamaba de *platanismo).*

Respecto al primero, confieso que no me he atrevido á usarlo, porque en unos casos el meteorismo es tal, que es verdaderamente imposible obrar sobre determinado punto del tubo intestinal y comprimirlo sobre un plano resistente; en otros porque el estado de distension de las asas por los gases es considerable y se arriesgaria el romperlas con una presion de cuya fuerza el médico no puede tener siempre conciencia.

El segundo recurso es la inyeccion por el recto de grandes masas de líquido (con presion ó sin ella), ó de soluciones antiespasmódicas.

Si la causa de la obstruccion es el detenimiento de las materias fecales y su aglomeracion en un punto de su trayecto, concibo que el ensanchamiento que produce una gran cantidad de líquido inyectado, en un momento dado, facilite la progresion de las materias; pero si es motivado por otra causa, como la invaginacion, la torsion, la compresion, el estrangulamiento, etc., ¿qué efecto produciria este ensanchamiento? En tales casos es de creerse que la contraccion intestinal es uno de los factores que *mantienen* la oclusion y no que la curan; prueba de ello es la idea de inyectar sustancias antiespasmódicas, cuyo objeto es vencer el *espasmo* del intestino abajo del punto obstruido.

Ciertamente, en los casos de torsion, el mal es producido por la contraccion anormal del intestino, es un movimiento *contra natura* el que produce el enrollamiento del órgano sobre sí mismo y la continuacion de esta contraccion, el estado tetánico ó espasmódico de las fibras musculares, el que la mantiene. En las obstrucciones por materias endurecidas ó por cuerpos extraños indigeribles, sucede que el intestino, irritado por la presencia de un cuerpo que no puede desalojar, se inflama, y de acuerdo con la ley de Stokes, se desata en contracciones que lejos de expulsar el cuerpo detenido, hacen presa y lo retienen en el sitio. Cuántas veces se ha encontrado la desgarradura del intestino, no arriba del obstáculo, sino al nivel del obstáculo mismo. Por último, en los casos de estrangulamiento, ni las lavativas, ni el massage, ni la cloroformizacion tienen poder bastante para hacer desaparecer el agente de la estrangulacion que es puramente mecánico y en el que los movimientos no producirian más resultado que la agravacion del mal. (Reclus. Patología externa, tomo III).

La morfina suprime el dolor y calma los vómitos. ¿Qué inconvenientes puede tener? Se le atribuye el de paralizar el intestino y suprimir así el contingente de la contraccion intestinal.

"O. Nasse y Gocheidlen han inyectado en una vena de un conejo 0.025 de morfina y han observado que los movimientos peristáiticos se hacen más activos y que exalta la excitacion intestinal....... Pero el apaciguamiento de los cólicos que resulten de un espasmo intestinal, de las diarreas dolorosas, el tenesmo rectal y otros estados morbosos, demuestran que la morfina á pequeña dósis provoca secundariamente, á alta dósis primitivamente, un estado de calma de los movimientos periostáticos anormalmente excitados." (Nothnagel y Robach, p. 578).

Tal es el efecto que yo mismo he observado, lo cual me hace pensar que los casos en que la obstruccion es causada por simple detenimiento de las materias fecales, el movimiento del intestino provocado por pequeñas dósis de morfina, puede vencerlo, como lo hace tambien muchas veces un purgante administrado en tiempo oportuno. Si por desgracia no se llegara á tiempo y la obstruccion es considerable, no debe contarse ya con la contraccion intestinal, que más que curar podria exagerar la oclusion.

En este estado, y con más razon si suponemos por algun motivo que el elemento espasmódico está manteniendo el mal, administremos la morfina que suprime el dolor, calma los vómitos y abole la contraccion tetánica del intestino, que en muchos casos es toda la causa del padecimiento; obrando así y añadiendo los medios que hemos enumerado (hielo al interior y al exterior, grandes lavativas) mejoraremos seguramente la condicion del enfermo. Si la explicacion que he enumerado no es convincente para algunos, no querré yo sostenerla puesto que en materia terapéutica hay mucho que no puede explicarse satisfactoriamente; pero sírvame de apoyo para sostener mi anterior aserto, el uso frecuente que muchos médicos en México, hacen del opio ó sus preparaciones para el tratamiento de la oclusion intestinal, hecho elocuente que habla en favor de un método que no es del todo irracional en el terreno teórico.

Suplico á vdes. me dispensen si he distraido su atencion con esta larga carta. De antemano les doy las gracias si juzgan conveniente publicarla, y me repito su affmo. y S. S.

DR. I. Z.

LA CIRCUNCISION
COMO MEDIO PROFILACTICO DE LA SIFILIS.

I

La sífilis carece al menos actualmente de génesis espontánea. Procede siempre de un contagio, de una inoculacion, de la penetracion material de

una sustancia virulenta especial en el organismo. —1ª ley de Fournier.

El primer fenómeno apreciable del contagio ó de la introduccion artificial de la materia virulenta en el organismo, se manifiesta siempre en el mismo lugar donde ha penetrado, y no en otro.—2ª ley de Fournier.

Ricord dice que la sífilis nunca penetra en la economía sin desgarradura (sans effraction), que no invade el organismo sin hacer su agujero (sans trou) en alguna parte, y siempre tiene una puerta de entrada. Esta es el accidente de contagio, que precede á todos los otros con un intervalo de tiempo más ó menos largo, y que puede decirse que constituye el exordio indispensable á la enfermedad.

Para que el contagio se produzca es necesario y suficiente: 1º La presencia de un virus sifilítico activo. 2º Que exista una solucion de continuidad de cualquiera naturaleza que ponga á descubierto la red de Malpighi, ó los orígenes del sistema linfático. 3º Que el individuo se encuentre en condiciones de receptividad; y 4º Que el principio virulento se ponga en contacto de las partes susceptibles de absorberle ó de reaccionar en su presencia, es decir, con los cuerpos mucosos ó con los orígenes del sistema linfático.

En el hombre, el pene es el lugar por donde se verifica en el mayor número de casos el contagio sifilítico, y eso se observa en los enfermos de las secciones de sífilis de los hospitales de San Andrés y San Lúcas, en los cuales rara vez se encuentra el chancro ó primera manifestacion de la enfermedad fuera del pene.

Algunos facultativos extranjeros que se han ocupado de esta materia, nos presentan estadísticas que ponen fuera de duda lo que acabamos de decir.

Clerc y Carrier han encontrado sobre un total de 238 chancros, que 178 estaban situados en los órganos genitales, 19 en el ano y 41 en diversos puntos lejanos de los órganos sexuales. Fournier cree, segun sus notas, que se observan cuando menos seis chancros de las partes genitales por uno situado fuera de ellas. En cien enfermos (hombres) afectados de chancros, se encuentran noventa y cuatro, cuando menos, que llevan sus chancros en las partes genitales.

Clerc, sifilógrafo frances, y Tanturrí, médico de Nápoles, han recogido las observaciones de 442 chancros infectantes del pene, situados de la manera siguiente:

En el prepucio y mucosa prepucial..	79
En el limbo prepucial............	38
En el frenillo.....................	14
En el surco de la corona...........	177
En el glande.....................	16
En el meato	33
En la piel del pene...............	65

Se ve, pues, que en el prepucio se encontraban poco menos de la tercera parte, y que en el prepucio y cavidad balano-prepucial extistian 357, y los 65 restantes en el cuerpo del pene.

Fournier ha encontrado en 445 chancros infectantes y no infectantes del pene:

En el prepucio, dentro y fuera de él.	374
Más allá del prepucio.........	71

Un resúmen de las estadísticas de Bassereau, Fournier y Le Fort, forma el conjunto de 1,773 casos, indicándose la frecuencia relativa del chancro sifilítico en las diversas regiones del hombre, de la siguiente manera:

Chancros de las partes genitales.........	1,696
,, ,, regiones peri-genitales...	22
,, ,, ,, extra-genitales..	55

Conociéndose con mayor exactitud el sitio de los chancros de las partes genitales, del siguiente modo:

Prepucio y glande..............	1,343
Forro del pene.................	217
Meato.........................	89
Uretra........................	17
Escroto	20
Base del pene.................	10
Total................	1,696

Habiendo mencionado ya cuáles son los factores indispensables para la trasmision de la sífilis, y demostrado por la experiencia y observacion cuál es el lugar por donde penetra en el mayor número de casos el principio morboso al organismo, réstanos, para terminar este capítulo, demostrar que podemos suprimir casi siempre uno de los factores mencionados, y por lo mismo, que el artificio de que dispongamos para hacerlo, es un medio preventivo, profiláctico por excelencia contra la infeccion sifilítica.

Ese medio del dominio quirúrgico es la circuncision, que sirve de llave para mantener cerradas las puertas al virus infeccioso.

Supongamos que la mujer con quien un individuo practica el coito se encuentre con algun accidente por el cual pueda trasmitirse la sífilis, y que dicho individuo esté en condiciones de receptividad.

La absorcion y adquisicion del principio virulento de la sífilis se efectúa en el momento del coito: 1º Cuando previamente existe una escoriacion ó desgarradura, ó se produce en ese momento, poniéndose en contacto con el virus, que encuentra un terreno fértil para desarrollarse. 2º Cuando el

producto morboso se deposita sobre los órganos genitales y se absorbe más tarde.

En el primer caso, cuando existia antes del coito una escoriacion ó solucion de continuidad cualquiera, debe evitarse todo acto sexual sospechoso, para no exponerse al contagio con el mayor número de probabilidades.

Aparte de las desgarraduras accidentales que pueden existir antes del coito, es necesario enumerar algunos estados patológicos que motivan escoriaciones, y que además de ser muy frecuentes, son determinados por la presencia del prepucio y de los líquidos irritantes que éste conserva, y que tienen siempre abiertas las puertas á la infeccion sifilítica; tales son: el herpes genital y la balano postitis.

Estudiando las circunstancias que influyen para la produccion de desgarraduras del glande y del prepucio en el momento del coito, so observa que un prepucio largo ó no, pero que tiene casi siempre cubierto el glande, es causa de que sus mucosas sean finísimas, y se desgarren con la mayor facilidad en los frotamientos que en el coito se verifican.

En los estrechamientos del limbo prepucial, desde el más ligero hasta aquel que impida descubrir el glande, se producen desgarraduras, pues el limbo prepucial cubierto de una mucosa finísima es adelgazado, y no puede resistir á la dilatacion que produce el glande cuando tiende á salir.

La desgarradura del frenillo es muy frecuente en los primeros coitos, por no tener la solidez necesaria para resistir á las tracciones que sobre él se hacen cuando desliza el prepucio sobre el cuerpo del pene. En el segundo caso el virus queda depositado en la cavidad balano-prepucial, ya por el abandono excesivo de los cuidados de limpieza que deben tenerse despues del coito, ó bien á consecuencia de un prepucio largo y estrecho, ó á los repliegues que forma, los cuales impiden que se haga un aseo completo. El virus permanece algun tiempo en contacto con una mucosa fina y pulida sin ser absorbido (dada la integridad que suponemos de la capa mucoso-cutánea); pero debido á las propiedades irritantes de que está dotado, produce una ulceracion, ó lo hace el esmegma prepucialis que al descomponerse participa tambien de aquellas: por consiguiente, resulta, como en el primer caso, una puerta de entrada en contacto con el principio morbóso y se verifica la inoculacion. De lo dicho resulta que el contagio sifilítico puede tener lugar en el acto del coito ó consecutivamente.

II

Vamos ahora á estudiar las condiciones en que queda el pene de los individuos que se circuncidan, para observar si en tal situacion es ó no posible el contagio ó al menos es muy difícil que se verifique.

La circuncision (*circunciso*, de *circum* al rededor, y *cœdere* cortar) es la operacion que consiste en cortar el prepucio al rededor del glande.

La circuncision tiene por efecto descubrir el glande y fortificar la mucosa, factores importantísimos de la profilaxia venérea. El facultativo Martin enseña que cuando un cuerpo está protegido por una cubierta, la superficie de él es más delicada, más susceptible de erodarse y más apta para la absorcion; la mucosa del prepucio predispone, pues, á la del glande, á la erosion, á la absorcion, y aun la facilitará; de donde resulta naturalmente que el glande del hombre no circuncidado se desgarra con más facilidad que el de quien ha sido ya operado. El prepucio, en el primer caso, es para la mucosa una causa de reblandecimiento á consecuencia del continno calor que desarrolla sobre la parte que cubre, y la secrecion sebácea que favorece; en el segundo caso sucede al contrario: la ausencia del prepucio es para la misma mucosa una causa de resistencia, porque con él desaparece el calor y la secrecion; mientras que el frotamiento de los vestidos sobre la superficie del glande la endurece al grado de tomar los caractéres de la piel, y por lo mismo la hace mucho menos á propósito para la contaminacion.

La capa córnea de la epidermis forma cuando se encuentra intacta, una barrera suficiente que se opone completamente á la absorcion; el epitelio de las mucosas representa el mismo papel de proteccion, pero con menos eficacia, en razon de su menor resistencia. La más pequeña solucion de continuidad puede dar acceso al contagio.

Sin duda la fragilidad de la mucosa es la que contribuye á que se desarrolle sobre ella el chancro, atendiendo á que siendo el cuerpo del pene en el momento del coito el que se pone en contacto con el virus sifilítico (debido á que el sitio habitual del chancro en la mujer es la entrada de la vagina), deberia por lo mismo encontrarse el primer accidente de la infeccion sobre el cuerpo del pene, cosa rara debida á la resistencia de la piel.

Siendo la mucosa del prepucio el lugar en donde se presentan en una tercera parte las ulceraciones chancrosas. como queda dicho y como lo evidencían los datos estadísticos presentados, la conveniencia de su supresion no admite duda, puesto que se destruye el terreno más á propósito para la inoculacion del virus.

Mireur y Martin enseñan que el prepucio es la cubierta protectora por excelencia del principio contagioso depositado sobre el glande en un coito impuro, conservando el virus para su pronta absorcion cuando exista una ulceracion que el depósito de materia sebácea produce.

Suprimiendo el prepucio se evita ese depósito de virus, cesando la proteccion que recibia, observándose en el circuncidado que si la infeccion no es inmediata, es casi imposible que tenga lugar consecutivamente. No obstante la circuncision, la mucosa del glande será siempre más frágil que la piel del pene, sin que deje de adquirir gran resistencia, no debiéndose vacilar en practicar operacion tan benéfica y que tan ciertos resultados de conveniencia produce.

Las consideraciones expuestas sobre la utilidad de la circuncision como medio preventivo de la sífilis, no pueden ponerse en duda, supuesto que se fundan en la siguiente verdad: "La infeccion sifilítica es más fácil cuando el virus se deposita sobre una membrana más delgada."

Ya queda dicho que la circuncision fortifica la mucosa del glande al grado de trasformarla en piel, y por lo mismo se hacen más difíciles las desgarraduras en dicha region. Los individuos circuncidados no pueden padecer balanitis ni herpes genital, supuesto que el esmegma prepucialis ó los líquidos irritantes, que son los que dan orígen á estos estados patológicos, no pueden permanecer sino muy corto tiempo sobre el glande, pues el aseo ó el frotamiento de la ropa es suficiente para mantener limpia dicha region.

Por lo dicho se ve que la circuncision evita las escoriaciones y desgarraduras que pueden existir antes del coito en los individuos no circuncidados. En el que se ha circuncidado, no pueden existir los peligros que tiene el que no lo está, supuesto que con dicha operacion se evitan las desgarraduras de la mucosa del glande, debido á la mayor resistencia que adquiere; las desgarraduras del frenillo y del limbo prepucial son imposibles, supuesto que dejan de existir.

Puede, pues, concluirse que las desgarraduras que se producen en el acto del coito, con tanta facilidad como frecuencia en el individuo no circuncidado, son rarísimas y difíciles de producirse en el que lo está.

La inoculacion consecutiva no puede tener lugar en el circuncidado, aun suponiendo que se trate de una persona sucia y negligente que olvide los cuidados de limpieza que deben tenerse, supuesto que el simple frotamiento de la ropa es bastante para mantener limpio el pene. Por lo anterior vemos que la circuncision previene toda clase de escoriaciones y desgarraduras, y por lo mismo que sirve de llave para cerrar la puerta de entrada á la infeccion sifilítica, y practicada como medio higiénico y preventivo de ésta, es un recurso supremo para impedirla en el mayor número de casos.

III

PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS.

El Sr. Montes de Oca, en su tésis para el profesorado á la cátedra de Clínica externa, Enero 28 de 74, describe su procedimiento de la manera siguiente: El enfermo, previamente cloroformado, se coloca cerca del borde de la mesa de operaciones ó de una comun, á su falta; las piernas son detenidas por ayudantes, separadas la una de la otra y de manera que la pélvis descanse sobre el borde de la mesa; despues con una sonda canalada, ó un estilete, se reconoce la altura á que queda el fondo de saco de la mucosa, así como si existen ó no adherencias entre el prepucio y el glande; al hacer este reconocimiento que sirve para fijar el lugar donde debe hacerse la incision, se puede, para mayor seguridad, marcar con tinta ó con nitrato de plata, como aconseja Ricord en su procedimiento; un ayudante sostiene el pene, de manera que al comenzar la incision, la piel se halle en su situacion más natural, es decir, sin hacerla deslizar forzadamente hácia arriba ó hácia abajo; se comienza la operacion haciendo con un bisturí recto una incision que sigue en la piel la direccion exacta de la corona del glande, es decir, que toma una forma elíptica que avanza más hácia la extremidad del pene hácia abajo que hácia arriba, y que termina precisamente á la altura del frenillo (por lo tanto, la incision no es circular): en esta incision se corta toda la piel, se divide hasta destruir todas las pequeñas bridas que forma el tejido celular; despues se introduce la sonda canalada y se cortan sobre ella con unas tijeras rectas los tegumentos de la parte media y dorsal hasta el fondo del prepucio; se toma luego uno de los labios de esta herida longitudinal, y con las mismas tijeras se va cortando la mucosa, como á dos milímetros de la corona del glande, terminando en el frenillo; despues se toma el otro labio de la herida dorsal hecha con las tijeras y se procede de la misma manera que del lado opuesto; cuando el operado conserva el frenillo, un último corte con las tijeras sobre él acaba de desprender el prepucio; queda solo para terminar la operacion, ligar uno ó dos pequeños vasos (la dorsal del pene y la arteria del frenillo); en seguida se une la piel á la mucosa de la corona del glande por dos ó más puntos de sutura; uno se coloca en el lugar del frenillo para evitar que la especie de ángulo formado en la piel

por este lado se retraiga, otro en la region dorsal, y cuando estos dos puntos de sutura solos, no son bastantes para afrontar la piel, se pueden poner más puntos, que en general solo suelen necesitarse otros dos sobre los lados del glande; los puntos de sutura deben quitarse desde que se cambia el primer apósito.

Este procedimiento, agrega el Sr. Montes de Oca, no ha sido motivo de accidente alguno cuando se ha obsequiado la indicacion de quitar los puntos de sutura al tercer dia, ellos son un auxiliar poderoso para la pronta curacion, y les da la preferencia á las serres-fines que usa y aconseja Vidal, teniendo en su apoyo la indisputable autoridad de Sedillot, que los usaba y recomienda particularmente. Curacion.—Lociones con mezcla á dósis iguales de alcohol á 40 grados del centígrado y cloruro de Labarraque.

Procedimiento del Dr. Puerto.—Este facultativo emplea una mezcla refrigerante para producir la anestesia local: se divide la operacion en dos tiempos, el primero para la anestesia y el segundo para la operacion.

Colocado el enfermo en la posicion supina, se aplica un aparato de goma elástica, semi-esférico, cóncavo, perforado en el fondo; por esta perforacion penetra el pene, el mismo enfermo lo sostiene; dentro de dicho aparato se coloca la mezcla, que consiste en hielo machacado y cloruro de sodio hasta cubrir el miembro. Si no hay inflamacion, solo se necesitan diez ó doce minutos; pero si la hay, se tarda hasta media hora y más: para conocer si la anestesia está producida, se toca con una sonda ó un estilete; si el enfermo no da muestras de sensibilidad, indica que la anestesia es completa; el prepucio aparece arrugado, blanco-gris, y tiene la consistencia del pergamino.

Segundo tiempo.—Una sonda canalada se introduce sobre la parte dorsal del miembro, entre el prepucio y el glande; sobre su canaladura y con unas tijeras rectas, se corta hasta llegar á la corona; se toma despues violentamente uno de los labios de la herida, y se corta siguiendo el surco hasta llegar al frenillo, repitiendo lo mismo del lado opuesto; queda sólo el prepucio adherido por su parte inferior, y con un último corte de tijera se separa; no se ponen puntos de sutura: si despues que se ha restablecido la circulacion, hay alguna hemorragia, se suprime por torsion ó ligadura. El apósito consiste en una capa de onate (algodon cardado), suficiente para rodear el miembro, una cruz de Malta perforada en el centro y un vendaje para sostener el apósito.

Procedimiento del Dr. Alvarado.—El cirujano toma el pene con la mano izquierda y un bisturí con la derecha: hace una incision al rededor del prepucio, comprendiendo solo la piel y á corta distancia de la corona del glande: el cirujano mismo lleva la piel hácia el pubis, se cortan las bridas celulosas hasta que el borde de la seccion de la piel corresponda á la corona; hecho esto se corta el prepucio longitudinalmente de delante á atrás, se quita la mucosa al nivel de su insercion al surco, se suelta la piel que se habia retraido hácia la símfisis del pubis, su superficie sangrante desciende y los dos labios se afrontan; el pene queda como si no se hubiera ejecutado ninguna operacion; no hay suturas, se dice que generalmente no hay hemorragia. Curacion simple.

Frecuentemente hemos tenido ocasion de practicar y estudiar con detalle, los procedimientos que por sus ventajas se usan en nuestros hospitales para ejecutar la circuncision; pero juzgando que pudiera aún facilitarse la operacion, hemos hecho uso del que en seguida pasamos á describir.

Previamente cloroformado ó hecha la anestesia local como lo indica el Dr. Puerto, se coloca al enfermo en uno de los ángulos de la mesa de operaciones, aproximando el lado izquierdo de él á uno de los bordes de ésta para mayor comodidad al operar; practicando en seguida un aseo perfecto de la region con una solucion de ácido fénico al 5 por 100, se coloca el cirujano entre las piernas del enfermo, investigando desde luego por medio de una sonda acanalada, si hay adherencias entre el prepucio y el glande; se determina por este mismo medio ó por la palpacion, dónde se encuentra el reborde que hace la corona del glande, detrás del cual está el surco balano-prepucial, y se traza con nitrato de plata, como lo aconseja Ricord, una línea que le corresponda, quedando en la forma de una raqueta. La parte más estrecha corresponde al frenillo, la más ensanchada al dorso del pene, y sobre ella donde se ha de hacer el corte del prepucio. Con unas tijeras rectas se practica un corte antero-posterior en la parte dorsal del prepucio, hasta llegar al surco balano-prepucial, suprimiendo por torsion ó ligadura la sangre que dé la dorsal del pene si se ha seccionado. Descubierto así el glande, el cirujano se coloca del lado izquierdo del operado, y hace uso de unas pinzas cuya forma y dimensiones son las de la figura adjunta. Constan de dos piernas y dos ramas; las primeras comprenden dos tercios de la pinza y el resto las segundas; en la union de unas y otras están articuladas fijamente. Las piernas tienen la forma de las de una tijera, y están unidas por un resorte dentado que sirve para mantener más ó menos abiertas las ramas, las cuales se abren paralelamente; este resorte permite fácilmente cerrar

las pinzas pero no abrirlas, si no es separándolo con la mano. Las dos ramas del instrumento terminan encorvándose en la forma de un semicírculo, y quedan unidas una á otra por sus caras laterales. La rama interna está perforada de agujeros, que son perpendiculares al plano vertical que forma la cara lateral de esta rama, y que dan entrada á la aguja de sutura. La rama externa en su cara lateral tiene ventanas rectangulares para dar salida á las mismas agujas.

La colocacion de estas pinzas es precisa y sencilla; la rama interna se aplica exactamente en la mitad derecha del fondo de la mucosa, detrás de la corona del glande; entre ella y la rama externa queda comprendida la mitad derecha del prepucio, se cierran entonces las pinzas y quedan fijas, se hacen las tracciones necesarias en el prepucio para que la línea trazada con el nitrato de plata corresponda al borde superior de la rama externa de las pinzas. Se imprime á éstas un ligero movimiento de rotacion hácia afuera, para poner dos ó tres puntos de sutura á través de las ventanas que existen en las ramas de las pinzas; se pasa la aguja de dentro hácia fuera con objeto de no herir el glande, y se procura que los hilos tengan suficiente longitud para que al levantar las pinzas no se salgan. Se corta la parte de prepucio que queda sobre las pinzas con unas tijeras curvas, aplicando la convexidad de la tijera sobre ellas para que quede bien hecha la seccion, se hace el corte de la parte dorsal al frenillo. Debido á la compresion que se ejerce con las pinzas al tomar el prepucio, se evita la hemorragia capilar, y en el caso de que alguna arteria diese sangre, se hará uso de la torsion ó de la ligadura. Desprendidas las pinzas se anudan los hilos sin apretarlos, y terminando así la operacion en una mitad, se repite en la otra, quedando tan bien afrontada la herida que parece que no se ha hecho operacion. En el caso de que el frenillo se inserte cerca del meato urinario, se le desprende al terminar el último corte de la operacion.

Curacion.—Se lava el pene con una solucion de partes iguales de agua y alcohol; se coloca sobre la herida una pequeña venda impregnada en vaselina con el objeto de que no se le adhiera, y que dé vuelta y media sobre el pene; encima de esta venda se pone otra de igual longitud humedecida en la solucion alcohólica, despues una cruz de Malta, y el todo se detiene por medio de una venda de media vara de longitud. La curacion se levanta á las 48 horas y se quitan los puntos de sutura. Diariamente se practica la curacion como acabamos de indicar, hasta la cicatrizacion completa, la cual se obtiene genereralmente á más tardar, á los ocho dias.

IV

Cuando se va á ejecutar una operacion se debe elegir un procedimiento que llene su objeto, que se practique con facilidad y rapidez, en el cual la hemorragia sea muy ligera y que deje una herida en buenas condiciones de cicatrizacion. Todos estos requisitos ó condiciones se logran con el procedimiento que hemos descrito. Llena su objeto puesto que conseguimos quitar el prepucio sin dejar repliegue alguno; debido esto á que la forma curva de las pinzas limita matemáticamente el lugar de la seccion, consiguiéndose además con ellas que la cantidad necesaria de piel y de mucosa circunscriban al glande.

En cuanto á la facilidad y á la rapidez de la operacion, se comprenden luego, en vista de que indicando las pinzas el lugar preciso de la seccion, ésta puede ejecutarse con toda la rapidez que pudiera desearse. La colocacion de los puntos de sutura queda igualmente simplificada de tal manera, que no es posible desear más, puesto que basta pasar la aguja por los agujeros de la pinza, para que queden éstos colocados.

La hemorragia capilar queda suprimida debido á la compresion que ejerce la pinza; ayuda á su vez para este resultado la insignificante separacion de los labios de la herida, los cuales no se separan puesto que antes de producirla ya se han pasado los hilos de sutura. La supresion de la hemorragia capilar nos permite operar en blanco y ver á primera vista los vasos de mayor importancia que se hubiesen seccionado, y practicar desde luego su torsion ó ligadura. Si consideramos además que dividida la operacion en dos partes, como lo indicamos en la descripcion del procedimiento, no tenemos que atender sino á una herida muy pequeña, y si á esto agregamos aún la rapidez con que se efectúa cada una de las partes de la operacion, se comprenderá que el total de ella no dé sino una insignificante cantidad de sangre.

La cicatrizacion de la herida se obtiene en el mayor número de casos por primera intencion, en virtud de que ésta es verdaderamente lineal, debido á la regularidad del corte y á que los labios de ella no se han separado sino ligeramente al practicar la hemostasis.

Por otra parte, el afrontamiento perfecto de los bordes de la herida, en razon de no faltar ni sobrar por ninguua parte piel ni mucosa, y no existiendo tampoco tracciones de ninguna naturaleza, se comprende que la cicatrizacion se verificará en la mayor parte de los casos por primera intencion.

Hay que advertir que la compresion qne ejerce la pinza no es en ningun caso suficiente para producir la mortificacion de los tejidos.

La prontiíud con que puede efectuarse la operacion, nos permite en determinados casos poder hacer uso de la anestesia local.

***

Nuestro ilustrado maestro el Sr. Dr. Manuel Dominguez, médico de la 2ª Seccion de sífilis del hospital de San Anbrés, ha tenido la bondad de proporcionarnos seis enfermos de su servicio, que por razon de su estado patológico, necesitaban la circuncision. Estos seis casos, así como otros muchos que pudiéramos citar, los operamos y han cicatrizado sus heridas á más tardar en ocho dias; en ninguno se ha tenido que lamentar la más ligera contrariedad, pues siempre hemos visto coronado el procedimiento que hemos descrito, por las ventajas que se han consignado en este trabajo.

DR. LAURO OBREGON.

REVISTA EXTRANJERA.

FISIOLOGIA.

DE LA ACCION SOLIDARIA Y CORRELATIVA DE LOS ANTITÉRMICOS Y ANTIPIRÉTICOS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO.—DEDUCCION RELATIVA AL SITIO ORGÁNICO DE LA FUNCION TERMÓGENA.—En una nota presentada por Laborde y Lepine, demuestran que sus trabajos sobre la acetanilida conducen á la siguiente ley:

"Todo *antitérmico* verdadero, es decir, toda sustancia que primitivamente abata la tasa normal de la temperatura animal (disminuye casi siempre el pulso), obra al mismo tiempo sobre las funciones sensitivas del sistema nervioso, atenuándolas ó aboliéndolas momentáneamente; en otros términos, *todo moderador térmico, es necesariamente moderador de los actos nerviosos sensitivos.*"

Esta ley implica importantes deducciones á la vez prácticas y doctrinales ó de fisiología general; toca directamente al problema de la *termogenesis.*

1º La accion de los antitérmicos se ejerce primitivamente y de una manera predominante sobre los centros de recepcion y de percepcion sensitivos, de manera que reduce, abate ó agota la actividad funcional de estos centros; de manera que toda depresion térmica se acompaña de una depresion correlativa de los fenómenos de sensibilidad.

2º Una deduccion inmediata de este primer hecho capital, es que entre los centros ó focos orgánicos que presiden á la reparticion del calor animal, hay una relacion tal, que estos centros orgánicos parecen confundirse.

De lo cual resulta que la cuestion de sitio de los centros térmicos, se reduce á la determinacion *experimental* de los centros sensitivos.

CANTIDAD DE AGUA QUE CONTIENE LA SANGRE.—Resulta de las interesantes experiencias de los Dres. Loge y Dastre, que si se inyecta en las venas de un conejo agua salada que contenga exactamente 7 gramos por 1,000 de cloruro de sodium, se puede hacer pasar en el aparato circulatorio una cantidad casi indefinida de líquido, igual y aun superior al peso del animal, siempre que la inyeccion sea hecha con una velocidad que no pase de 2 gramos por minuto (por kilógramo de animal), á una temperatura de 39 ó 40° centígrados. En estas condiciones parece existir en el organismo un verdadero regulador de la cantidad de agua que debe contener la sangre. El líquido inyectado en el organismo, que se asemeja entonces á un verdadero tonel de las Danaides, pasa en el líquido vascular cuya proporcion acuosa se encuentra crecida, sin que este aumento de agua tenga el menor inconveniente: el riñon elimina el líquido superabundante en el sistema vascular.

La sangre es entonces un líquido eminentemente variable, cuya proporcion de residuo no puede variar mucho de un momento á otro.

Se podria, dice Grasset, aumentar la diuresis de la depuracion urinaria por el lavado de la sangre; esto es lo que se hace cuando se prescribe á los ictéricos. (*Revista Médica de México*, núm 3 pág. 51) abundantes lavativas de agua; aconsejar una cura de agua mineral, es prescribir una inyeccion vascular á fin de depurar la sangre.

PATOLOGIA INTERNA.

HOSPITAL TROUSSEAU.—*(Dr. D'Heilly).*—ENTUBACION DE LA LARINGE EN EL CRUP.—La entubacion de la laringe fué propuesta por Bouchut en 1858, en una comunicacion á la Academia de Medicina. Este trabajo provocó una acalorada discusion y la Academia rehusó darle su aprobacion. Más tarde, en 1880 O'Dyerr (de Nueva York), acogió la idea de Bouchut, pero con nuevos instrumentos que perfeccionó sucesivamente. Desde 1885 la entubacion de la laringe se practica frecuentemente en América, Alemania, Rusia y Bélgica.

He practicado trece veces la entubacion de la laringe, sirviéndome del aparato instrumental de O'Dyerr.

Se compone esencialmente de una serie de cinco tubos de metal dorado, de longitud variable (segun las edades), de calibre exterior igualmente variable, pero de calibre interior uniforme, de seccion elíptica alargada de adelante á atrás. Presentan exteriormente en la parte media un engrosamiento fusiforme, que no franquea la glotis sino con un ligero esfuerzo del operador. Este engrosamiento está destinado á mantener el tubo, cuya extremidad superior está fija

por medio de un sólido hilo de seda, que sirve para hacer salir el tubo hácia afuera.

En estos trece casos, me he colocado en condiciones idénticas á aquellas en que se emprende la traqueotomía: dispnea continua, tirage sub y supraesternal, principio de asfixia. He obrado de preferencia en niños menores de tres años.

Las estadísticas americanas prueban, en efecto, que abajo de dos años, la entubacion es cinco veces más feliz que la traqueotomía; dos veces más feliz que esta operacion en los niños de dos á dos años y medio; y mitad más, en los niños de dos á cuatro años de edad. A partir de cuatro años y medio el triunfo corresponde á la traqueotomía.

La entubacion de la laringe se hace sin efusion de sangre, es fácil de ejecutar y no se complica de accidentes serios é imprevistos. Estas son ventajas sobre la traqueotomía, que los más hábiles abordan siempre con cierta desconfianza y nunca seguros de terminarla honrosamente. Una entubacion falsa, no hace sensacion; se puede reiterar y en último caso recurrir á la traqueotomía.

No obstante la intolerancia bien conocida del vestíbulo laringeo, el tubo es bien soportado. Respecto á las graves lesiones de la laringe que se han imputado al método, es preciso operar, para producirlas, con una singular brutalidad y una torpeza absoluta.

Inmediatamente despues de colocar el tubo, se observa un cambio completo: el tirage cesa, la respiracion es fácil, el niño se calma y duerme.

No hay choque traumático ni ascension de la temperatura; el aire penetra caliente á las vías aéreas, lo cual es una condicion preciosa para los niños.

Pero este cuadro tiene sus sombras. El tubo se tapa frecuentemente con las falsas membranas: en este caso, se debe quitar apresuradamente y reemplazarlo.

Otro inconveniente serio es la dificultad de la deglucion, y por consecuencia, de la alimentacion. Esta disfagia es más pronunciada para los líquidos; se ha aconsejado atenerse á los alimentos sólidos, pero á menudo la inapetencia es absoluta, la sed viva y el niño no acepta mas que bebidas.

En resúmen, la entubacion parece indicada en las circunstancias siguientes:

1º En todos los niños en quienes la traqueotomía ofrece pocas probabilidades de salvacion, y resistan mal á las pérdidas sanguíneas.

2º En el crup ligero, para el que la traqueotomía es una operacion proporcionalmente grave.

3º Inversamente, en los casos de difterias tóxicas en que el enfermo no tiene ninguna resistencia y es incapaz de soportar la traqueotomía.

4º En el crup secundario al sarampion en que la traqueotomía no es *nunca* una operacion salvadora.

5º En fin, de una manera general, en todos los casos en que la traqueotomía es imposible ó peligrosa. Desde que Bretonneau y Trousseau hicieron el inmenso servicio de vulgarizar la traqueotomía, parece que la operacion dió en un momento todo lo que podia dar. La entubacion, bien que propuesta de treinta años á esta fecha, está en mantillas. Es entonces perfeccionable y hay lugar á estudiar y experimentar el método para aprovecharlo como un utilísimo recurso.

UN CASO DE CURACION DE TÉTANOS POR LA METALOTERAPIA.—(Por el Dr. Gueit).—Durante mi internado en el hospital marítimo "Saint Mandrier," bajo las órdenes del médico en jefe Dr. Thomas, (cólera en 1884) tuve ocasion de observar los efectos maravillosos de las armaduras de cobre, los calambres dolorosísimos de los músculos gostrocnemianos. Por la aplicacion de estas placas, no tardaban en calmarse los dolores más violentos.

Más tarde hice uso de estas placas en un enfermo de tétanos; hé aquí la observacion:

"El dia 10 en la tarde, el llamado P...... bajó á la enfermería con la mano ensangrentada. Embarcando víveres se hirió el dedo medio con el borde cortante de un barril. Ancha herida diagonal sobre la cara palmar del dedo medio; en el fondo la falange fracturada dividida en esquirlas cortantes. No obstante el respeto debido á las heridas de los dedos, toda conservacion era imposible y con ayuda del Dr. Breton, desarticulé inmediatamente la falange é hice un colgajo en raqueta.

Nada hubo de notable los dias 11 y 12. No se elevó la temperatura. El dia 13: fiebre de 39°, estado saburral de la lengua. Administré un purgante salino que produjo vómitos. Poco despues estalló el ataque de tétanos. Fiebre violenta: 40°; cara bultuosa con viva expresion de sufrimiento y angustia. Pulso rápido y duro. Dolores excesivos en los miembros superiores é inferiores, contracturados en extension y trismus. Inteligencia clara: el enfermo acusa una especie de aura, cuyo punto de partida estará en las extremidades de los miembros. Tiene presentimientos fúnebres y reclama los auxilios de la religion.

Prescripcion: inyeccion de morfina y lavativa de cloral. Mientras se preparan estos medicamentos, guiado por una lejana analogía, hice aplicar sobre los brazos y sobre las pantorrillas las armaduras de cobre. El efecto fué instantáneo y casi milagroso; los dolores cesan primero, en seguida las contracturas, y el enfermo se declara aliviado. Se ejecuta despues la prescripcion mencionada arriba; dósis muy moderadas: 4 gramos cloral, 1 centígramo de clor-

hidrato de morfina. Para comprobar claramente la accion de las placas, hice la contraprueba quitándolas: los fénomenos del principio se reprodujeron inmediatamente con espantosa violencia. El enfermo permaneció dos horas más á bordo; despues lo envié al hospital con sus armaduras metálicas colocadas. La fiebre desapareció completamente despues de una sudacion crítica abundante. En los dias subsecuentes, nada nuevo; el acceso no se repitió."

No puedo, en este hecho, corroborado por una contraprueba, una simple coincidencia. Creo, pues, que al principio al ménos, un acceso de tétanos puede ser detenido por la aplicacion de vastas armaduras metálicas. Solo se ha ensayado el cobre: en caso de insuceso, podria buscarse el metal simpático. ¿Qué explicacion pudiera darse sobre la accion curativa de las armaduras metálicas?

La metaloterapia ofrece aun más de un punto misterioso, y podríamos escudarnos tras de hechos análogos que, debidamente observados, no han encontrado aplicacion alguna. Sin embargo, pudiera arriesgarse una hipótesis. Antiguamente se admitia una diferencia ésencial entre el fluido nervioso y el fluido eléctrico, fundándose en la diferencia de velocidad de propagacion de uno y otro. Poco tiempo há, Arsonval demostró ante la Sociedad de Biología, que en ciertas condiciones se puede hacer variar la velocidad de la corriente nerviosa y disminuir así el intervalo que la separa de la corriente eléctrica.

Podríamos aún señalar más de una analogía entre los dos agentes. En esta hipótesis, dado un caso de tétanos, la armadura metálica obraria como un colector de fluido nervioso producido en exceso, y perderia este fluido á paso y medida que se produce, esparciéndolo en la atmósfera. Obraria en definitiva como un para-rayos. Creo que, experiencias cuyo dispositivo consistiera esencialmente en: conductores impolorizables de Dubois-Raymond, aplicadas á armaduras, un circuito metálico y un galvanómetro, podrian esclarecer la cuestion.

De cualquiera manera que sea, no intento sostener la explicacion y me contento con divnlgar el hecho, para que el tratamiento del tétanos que me ha dado tan feliz resultado, pueda ser puesto en práctica por mis compañeros.—*(Gazette des Hospitaux 17 Mai 1888)*.

(HOSPITAL SAN LUIS).

(Conferencias clínicas de Ernesto Besnier).

Eczema de la cara en los niños.—El eczema de la cara presenta variedades que es necesario distinguir bien las unas de las otras, porque no todas reconocen la misma causa y no necesitan la misma terapéutica. Reconocidas estas variedades por todos los observadores, no habrian sido hasta hoy clasificadas de una manera tan precisa como lo han sido por Unna (de Hamburgo) quien reconoce tres formas de eczema.

La primera en los niños linfáticos; sus caractéres son: ser poco pruriginosa; desarrollarse principalmente al derredor de los orificios como la boca y la nariz, y determina fácilmente gruesas adenopatías que pueden ser el punto de partida de lesiones tuberculosas. Este eczema, que es muy acuoso y secreta abundantemente, se acompaña á menudo de keratitis flictenular. Está ligado al hipnotismo ó á la escrófulo-tuberculosis, y puede servir de terreno á la pululacion de gérmenes tuberculosos; debe ser considerada como una afeccion de pronóstico más serio qne las otras formas. La segunda forma de eczema de la cara, no pertenece más que á la primera infancia y coincide, sobre todo, con el trabajo de la denticion; su localizacion es muy particular porque cubre la cara como una máscara, respetando todos los orificios: la nariz, la boca, los ojos y aun los pliegues de las orejas; avanza á veces hasta el dorso de las manos y el puño; además de esto, este eczema es muy pruriginoso como es fácil verlo por la cara de estos niños que está llena de escoriaciones y sangre que ellos se producen al rascarse.

Se nota al mismo tiempo, huellas de irritacion bucal, tales como sensibilidad de las encías, salivacion abundante, síntomas que indican que se trata, en efecto, de un eczema reflejo en relacion con la denticion. La prueba de ello está en la influencia de la terapéutica, que consiste aquí, sobre todo, en el empleo de medios destinados á obrar sobre la excitabilidad del sistema nervioso y sobre la irritacion de las encías.

Se consigue este objeto poniendo en la boca del niño raiz de malvavisco ó madera de orozuz y sobre todo calmando el prurito gingival con toques de cocaina. Se pueden emplear para esto una solucion ordinaria ó una preparacion como la siguiente:

Glicerina...............	10 gramos.
Agua destilada..........	10 ,,
Bromuro de potasium....	1 gramo.
Cocaina.................	10 centígramos.

Con el dedo empapado en esta solucion se fricciona ligeramente las encías enfermas, cada hora próximamente. Además, como estos niños duermen muy mal, se debe administrar el bromuro al interior.

Jarabe de azahar...........	50 gramos.
Bromuro de potasium......	1 gramo.

Una cucharadita cada hora, hasta el número de cuatro, lo que hace una dósis de 0.40 centígramos, cantidad suficiente para conseguir el objeto deseado. Bajo su sola influencia, se puede disminuir la irrita-

cion de la cara y el prurito. Pero es necesario añadir un tratamiento local que consiste en el empleo de una pomada de

Oxido blanco de zinc....... 25 gramos.
Vaselina.................. 75 ,,

Manténgase esta pomada sobre las partes enfermas y cúbrase la cara con una máscara de muselina ó tela fina de cautchouc, para evitar que el niño se rasque.

La tercera forma de eczema difiere de la precedente por la ausencia de prurito, pero no presenta las mismas localizaciones ni se muestra en el contorno de los orificios; es un eczema seborréico, es decir, localizándose en la parte de la piel que confina las glándulas sebáceas y sudoríporas. Principia por el cuero cabelludo, avanza hácia la ceja, invade á menudo la cara, el cuello, el dorso ó los hombros, con costras grasas más ó menos resistentes; pero lo que lo distingue sobre todo, es la coexistencia de la seborrea del cuero cabelludo, caracterizada por la descamacion abundante de esta region y el aspecto de los cabellos que son raros y delgados.

De estas tres formas de eczema, esta es la más benigna y la que soporta mejor las aplicaciones medicamentosas. Al mismo tiempo que se deben evitar con cuidado los errores de régimen y tolo lo que pueda provocar perturbaciones gástricas, se debe desembarazar la cabeza de las secreciones, para lo cual se cortarán los cabellos y se harán lavados con jabon. Sobre la cara se harán lociones con agua tibia adicionada de un poco de leche, lo que hace una especie de emulsion susceptible de disolver las secreciones grasas de la piel, y se podrán hacer aplicaciones de resorcina que obran bien en esta forma de eczema:

Resorcina................. 1 gramo.
Oxido de zinc..... .... 10 gramos.
Vaselina.................. 10 ,,

Puédese reemplazar la resorcina con azufre á la dósis de 4 ó 5 gramos. Esta pomada debe mantenerse tambien por medio de una máscara de tela fina, bien fija por medio de cordones sujetos á la cabeza.

El eczema escrófulo-tuberculoso (primera variedad) debe tratarse activamente, porque puede ser el punto de partida de lesiones irremediables.

Se deben, desde luego, hacer dos veces por dia, lavados con un líquido tibio compuesto de una cucharada de Licor de Van-Swieten en un poco de agua, disminuyendo ésta poco á poco hasta emplear el licor puro. Al mismo tiempo se harán aplicaciones de una pomada de base de calomel á la dósis de 1 por 30. Un poco más tarde se empleará el precipitado rojo á la dósis de 0.05 centígramos para 50 gramos de exicipiente. Es preciso saber que estas preparaciones son irritantes, á menudo mal soportadas, que es necesario proceder prudentemente y que en todos los casos su aplicacion debe ser vigilada muy de cerca por el médico.

PATOLOGIA EXTERNA.

CONSECUENCIAS TERAPÉUTICAS DE LA OPERACION DE LA FIMOSIS.—El profesor Augusto Reverdin (de Génova) publica en la *Revista Médica de la Suiza* un artículo en el que señala las consecuencias curiosas de la operacion de la fimósis bajo el punto de vista terapéutico.

Un autor americano, Adams, ha escrito recientemente sobre este asunto, un trabajo en el que concluye que la circuncision es recomendable en los casos en que los niños persisten en emitir la orina en la cama, y que puede curar ciertos dolores que simulan la coxalgia.

Cita el caso de un niño que padecia, semanas atrás, de cojera, dolor en la cadera y otros síntomas que pueden simular la coxalgia. Fué tratado como tal durante cinco meses por el reposo y la extension. Durante todo ese tiempo permaneció en el mismo estado; pero advirtiendo la estrechez del prepucio, practicó la circuncision y obtuvo la curacion en tres dias. A partir de este momento, los síntomas inquietantes desaparecieron como por encanto. Los dolores no han reaparecido despues de un año.

Es dificil explicar los hechos de este género. Reverdin recuerda algunos otros hechos que presentan cierta conexion con el que hemos indicado arriba. Sea por ejemplo: la gran tendencia que tienen los niños á orinar cuando se les examina la articulacion coxo-femoral; ciertos hechos auténticos de curacion de la incontinencia de orina por la circuncision. Reverdin ha observado, además, esta operacion que mejora el estado psíquico en los hipocondriacos y ciertos casos de curacion de la epilepsía. Se señalan igualmente casos de paralisis, mal de San Vito, trastornos nerviosos de la naturaleza diversa determinados por la fimosis. Si se agregan á estas diferentes afecciones, las lesiones locales que puede producir la fimosis, se puede concluir que seria de desear que fuese más frecuente de lo que lo es actualmente la práctica de la circuncision.

Con los procedimientos antisépticos, el único peligro que puede presentar es la hemorragia debida á la hemofilia. Se ha publicado cierto número de casos de muerte sobrevenida en estas condiciones; la posibilidad de este accidente era ya conocida por los antiguos judíos, puesto que se hace mencion de él en los libros Thalmúdicos. Se hallaba establecido en ellos que cuando en una familia hubieran sucesivamente sucumbido dos hijos á consecuencia de la circuncision, si nacia un tercero podia

ser sustraido á la práctica de esa operacion, derogacion excepcional del precepto religioso.

TRATAMIENTO DE LAS PSEUDARTRORSIS.—El tratamiento de las pseudartrorsis ha preocupado mucho á los cirujanos, y los numerosos medios de que en semejantes casos han echado mano, es una prueba de su impotencia. En efecto, en presencia de los insucesos de un método, se recurre á nuevos medios que resultan á menudo infieles en ciertos casos.

El simple frotamiento de los fragmentos unos contra otros, la interposicion de tallos de marfil, de acero, la sutura huesosa y otros muchos procedimientos han sido uno á uno recomendados y despues abandonados.

En el último congreso frances de cirujía, el Prof. Le Fort ha llamado la atencion sobre el tratamiento de la pseudartrorsis por la electrolisis, y el Dr. Tillaux, fundándose en una observacion personal, trata las pseudartrorsis como si se tratara de una fractura complicada.

Desde 1882 el Prof. Le Fort tuvo ocasion de tratar por la electrolisis cuatro enfermos atacados de pseudartrorsis; este medio le ha dado excelentes resultados.

Su eficacia é inocuidad deben hacerle siempre escoger en los casos en que los fragmentos huesosos no estén separados mas que por una capa fibrosa de poco espesor; no convendria en los casos de pseudartrorsis flotantes.

La aplicacion del método es fácil; sin embargo, deben tomarse ciertas precauciones para no trasformar la irritacion que provoca la formacion del cuello, en una inflamacion supurativa. La aguja negativa solo será introducida entre los fragmentos y no pasará de ocho á diez minutos la duracion de cada sesion.

El método propuesto por Tillaux parece lógico. "Por la sutura huesosa, dice, el cirujano se propone dos objetos: 1º mantener los fragmentos inmóviles, y 2º mantener las dos extremidades en contacto; ahora bien, ni la inmovilidad absoluta, ni el contacto directo de los fragmentos son indispensables para conseguir la consolidacion huesosa. La verdadera causa de la pseudartrorsis, causa local, bien entendido, es la interposicion de un haz muscular entre los fragmentos; tal es la brida que es necesario dividir en la pseudartrorsis del femur." Además, el tratamiento de la pseudartrorsis del femur por la reseccion de los fragmentos y la sutura huesosa no está exenta de peligros; Hamilton indica una mortalidad de 1 sobre 5 ó sea 20 por 100.

Es prudente, pues, destruir la brida fibrosa, refrescar los fragmentos, suturar las partes blandas y aplicar la extension continua. En una palabra, despues de haber destruido la brida intra fragmentaria, obrar como si se estuviese en presencia de una fractura complicada del femur.

DE LA DILATACION DEL ESTÓMAGO EN SUS RELACIONES CON LAS AFECCIONES QUIRÚRGICAS. *Nota de Bouchard.*—Existe entre las dilataciones del estómago y ciertas afecciones infecciosas ó distróficas una estrecha liga que ha sido indicada por el Dr. Bouchard.

Recíprocamente, ciertas afecciones ó lesiones de órden quirúrgico son directamente influenciadas por la dilatacion del estómago. No queremos decir que la dilatacion gástrica críe estas afecciones ó que produzca las complicaciones que podrian producir las lesiones traumáticas: queremos simplemente decir que favorece singularmente la aparicion de afecciones quirúrgicas, preparándoles un terreno favorable é imprimiéndoles al mismo tiempo un carácter particular de gravedad y malignidad.

Refiere cinco observaciones que divide en dos grupos: el primero comprende las observaciones en que los accidentes ó las lesiones han nacido fuera de toda intervencion quirúrgica; el segundo en el que hubo una intervencion quirúrgica anterior.

TERAPEUTICA.

TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA DE ORINA POR EL "RHUS AROMÁTICUS."—Los *Rhus*, de la familia de las Trementináceas, son astringentes más ó menos poderosos. El *Rhus aromáticus*, cultivado hasta hoy solamente para la ornamentacion, ha sido recientemente introducido á la terapéutica por los Americanos; su corteza es astringente, resinosa y contiene un principio acre. M. Max se ha servido para sus ensayos de una tintura preparada por maceracion de 200 gramos de corteza para 1,000 gramos de alcohol á 80°. Segun la edad de los enfermos, prescribió dósis cuotidianas de 20 á 50 gotas de esta tintura que fué siempre bien soportada; sobre once observaciones que refiere, cuenta nueve éxitos felices más ó menos decisivos; así, declara que es necesario guardarse de considerar el *Rhus aromáticus* como el específico de la incontinencia nocturna de la orina (esencial); pero asegura que hay lugar á proseguir la investigacion de la manera de obrar de este nuevo medicamento en la incontinencia de orina.

Sus esfuerzos han sido secundados por Ern. Burvennich, médico del orfanatorio de Gand. Sobre 33 casos, ha obtenido un resultado excelente en 11 enfermos, satisfactorio en 10 y poco importante en 12.

En todos los que experimentaron alivio, el buen efecto comenzó á observarse á los 5 ó seis dias, en los otros, fué necesario esperar un mes, y á la larga, en todos se notó la influencia de la medicacion.

¿Cómo obra el *Rhus aromáticus*? El interrogato-

rio de los enfermos, las experiencias hechas por Burvennich sobre sí mismo, demuestran que el uso de esta sustancia no produce ninguna sensacion ni fenómeno fisiológico apreciable. Teniendo en cuenta un caso en que un hombre de 79 años de edad atacado de paralisis incompleta de la veijga sin estrechamiento de la uretra ni hipertrofia de la próstata, la tintura de *Rhus aromáticus* dósis 2 gramos, 50, por dia hizo que las micciones fuesen más fáciles, con un chorro bastante fuerte y continuo.

Burvennich se pregunta si el *Rhus aromáticus* constituye un tónico poderoso cuyo efecto fuera comparable al de la nuez vómica con accion electiva en la vejiga.—(*Journ. de Med de Paris*, 13 Mai 1888.

LA TERAPÉUTICA GENERAL DE LOS ANEURISMAS POR SCHEELE.—El autor divide la medicacion de los aneurismas en tres categorías: medicaciones dietésicas, agentes tomados á la materia médica y medios mecánicos y quirúrgicos.

Entre las medicaciones dietéticas, recomienda el método de Tufnell que, por la abstinencia parcial de los alimentos y el reposo, permite aumentar la presion sanguínea en los vasos periféricos, disminuir la frecuencia y la intensidad de las pulsaciones cardiacas y crecer la proporcion de fibrina en la sangre. Para apoyar estas conclusiones, cita las estadísticas de Vou-Harris (seis mejorías en trece casos), de Mac-Keller, de Bellinghamy de Findlay.

Comparando la accion que ejercen diversas sustancias propuestas por los autores, Scheele considera que el cloruro de barium es superior á las otras, para favorecer la coagulacion de la sangre en el saco aneurismal y aumentar la tension en la periferie. Este es el medicamento que recomienda Flint.

La digital no está indicada, agrega, sino cuando existe insuficiencia mitral y dilatacion de las cavidades derechas del corazon. En cuanto al cornezuelo de centeno, administrado en inyecciones hipodérmicas por el método de Langenbeck puede hacer algunos servicios; pero estos servicios son muy inferiores á los del yoduro de potasium á dósis fuerte, tal como lo emplean Bouilland y Balfou; las experiencias fisiológicas de Nothnagel, Rossbach Kobert, H. Huchard y Eloy confirman este aserto. Los yoduros modifican felizmente la tension arterial y favorecen tambien la coagulacion en la bolsa aneurismal.

Entre los tratamientos quirúrgicos y mecánicos, el que fija la atencion de Scheele, es el empleo del hielo cuya eficacia atribuye á una accion vaso-motriz. En consecuencia el hielo obraria como los medicamentos vasculares.—(*Therap Monat*, 1888).

FORMULARIO.

TRATAMIENTO DE LA TOS FERINA.

(Continúa).

Medicacion antiespasmódica.—El elemento espasmódico de la tos ferina ha sido combatido con el *almizcle*, la *valeriana*, la asafétida, el óxido de zinc, el ácido cianhídrico y la belladona.

Esta última preconizada por Trousseau, quien prescribe llegar progresivamente á dósis elevadas; otros autores prefieren administrarla en dósis fraccionadas.

Jarabe de Tolú................ 150.00
,, de belladona........... 50.00

Media cucharada de café en la mañana y en la tarde; aumentar progresivamente por medias cucharadas hasta la cesacion de los quintos. *(Cadet de Gassicourt).*

En el periodo espasmódico (agitacion nerviosa, tos convulsiva, excitacion del sistema circulatorio), es indispensable recurrir á un tratamiento complexo:

Jarabe de belladona........ 50 gramos.
,, de valeriana .... } ââ 25 ,,
,, de digital....... }

Para obviar la sequedad de los bronquios es conveniente usar el tártaro estibiado y la belladona.

Extracto de belladona... } ââ 0.001 milígs.
Tártaro estibiado....... }
h. s. a. una píldora.

De tres á seis por dia á un niño de 3 años. Menores de esta edad: disminuir la dósis á la mitad; ½ milígramo. (Gibert).

Medicacion anestésica.

Unciones en la faringe, el ismo de la garganta, las amígdalas y la base de la lengua, dos ó tres veces por dia, con soluciones de *cocaína* al 5, 10, 15, 20 por 100. La insensibilidad sobreviene en un lapso de tiempo que varía entre 4 y 10 minutos y dura de 20 á 45. Permite aplicar sobre la mucosa otro principio cáustico tal como la resorcina. Cadet de Gassicourt aconseja llevar el pincel primero al velo del paladar. Dujardin señala la posibilidad de accidentes tales como la paralisis glótica y la sufocacion.

Las unciones son difíciles en los niños menores de 3 años; en este caso, se pueden hacer inhalaciones calientes ó pulverizaciones en la boca, estando las narices cerradas, con la solucion siguiente:

Clorhidrato de cocaina...... 0.06 á 10 cent.
Agua destilada............. 45 gramos.
Clorato de potasa...... }
Agua destilada de almendra amarga......... } ââ 0.05 cent.
aplicable á la tos histérica.

Medicacion antiparasitaria. (Pulverizaciones é inhalaciones).

Gas de alumbrado.—Acido fénico.—Acido sali-

cílico y salicilato de sosa hasta un gramo.—Alumbre mezclado á la belladona y á la cinconina.—Esencia de trementina.—Resorcina.—Acido sulfuroso.

Este último se emplea de la manera siguiente: Traspórtese al niño á otra parte, y en la recámara donde habitualmente permanezca, se suspenderá la ropa de cama, los vestidos, los juguetes, etc.; se queman 25 gramos de azufre y se deja cerrado el cuarto durante 5 horas, se exponen en seguida al aire los efectos, y despues de airear bien la habitacion, se introduce en ella al enfermo.

Medicacion nasal.

Conforme á la teoría de los reflejos de orígen nasal, por la cual la tos ferina no es mas que una neurosis refleja de la nariz que tiene por sitio el trigémino y por causa un parásito, se ha introducido en la nariz diversos polvos; los más eficaces son: *la quinina, el polvo de benjuí, el tanino, el polvo de mármol.*

Acido bórico....... } āā 4 gramos.
Café tostado........ }

Proyectos con un insuflador de Galante.

Clorhidrato de quinina..... 100 partes.
Benjuí pulverizado......... 5 „

Proyectos 2 gramos en las 24 horas.

Polvo de benjuí...... } āā 3 gramos.
Salicilato de sosa..... }
Sulfato de quinina........ 1 gramo.

4 á 5 insuflaciones en las 24 horas.

Tratamiento de la meningitis en los niños (Pierron).

1º Mantener la libertad del vientre.

2º Vejigatorio volante sobre la cabeza.

3º Friccion de las íngles y los muslos con ungüento napolitano simple, dos ó tres veces por dia.

4º Pocion cada media hora (2 años).

Bromuro de potasium......	3 gramos.
Yoduro de potasium.......	0.60 cent.
Tintura de almizcle........	X gotas.
Jarabe de quina..........	30 gramos.
Agua de tilia...............	20 „
cucharaditas.	

5º Algunas sanguijuelas en las apófisis mostoides.

Tratamiento de las quemaduras.

Nikolsky asegura que se obtiene buen resultado en las quemaduras de primero y segundo grado, con unciones hechas con la solucion siguiente:

Tanino............ } āā 4 gramos.
Alcohol á 95° ...... }
Eter sulfúrico rect...... 30.00

Las unciones se repetirán 2 ó 3 veces por dia. Despues de la evaporacion del éter queda una fina y brillante película de tanino que produce una pronta sedacion del dolor y de la inflamacion. La curacion es mucho más rápida que bajo la influencia del colodion y otros remedios habitualmente empleados. La primera uncion será precedida de un lavado antiséptico. Las ámpulas serán puncionadas para evacuar la serosidad. Las partes desprovistas de epidermis son primeramente espolvoreadas con yodoformo y en seguida cubiertas con el tanino eterizado.

LA SOLANINA Y SUS EFECTOS.

Las conclusiones á que el Dr. Caparoni ha llegado en sus estudios sobre la solanina, emprendidos en la clínica terapéutica del Hospital Cochin, son las siguientes:

1º La solanina ejerce una accion local: 2º esta accion se manifiesta de preferencia como anestésica, en seguida como paralizante sobre el centro respiratorio y cardiaco del bulbo, sobre los centros de los reflejos bulbares espinales y sobre las vías kinesódicas y estesódicas, particularmente de la médula espinal. En consecuencia, la solanina obra ventajosamente en el asma idiopático y sintomático. Dósis de 5 centígramos, administrada dos ó tres veces, con intervalos de media hora, bastan para restablecer la respiracion normal. En enfermos atacados de desórdenes en la marcha que provienen de la excitabilidad exagerada de los reflejos en las mielitis agudas, la solanina produce una accion tal, que los enfermos pudieron dejar las muletas, dos dias despues de su administracion (25 á 30 centígramos por dia, administrados á la dósis de 5 centígramos cada vez).

Se obtuvieron igualmente buenos resultados en un enfermo atacado de espasmos clónicos de los músculos de los miembros inferiores, en un epiléptico y en muchos enfermos neurosténicos, en los que los bromuros, la gelsemina, la electroterapia y la hidroterapia habian sido inútiles para calmar las palpitaciones, las parestesias y la agitacion. Las nevralgías tratadas por la solanina, se modificaron siempre en un sentido favorable, sobre todo, la cefalea, de la que fueron tratados siete casos terminados todos por la curacion.

La solanina ha hecho cesar los espasmos musculares y las contracciones y temblores de la enfermedad de Parkinson (25 á 30 centígramos por dia).

La accion de la solanina sobre el temblor de la paralisis agitante podria guiarnos sobre la interpretacion de la patogenia de estos síntomas. En efecto, considerando las lesiones periféricas determinadas por esta enfermedad y la accion central de la solanina, se podria pensar que son el resultado de estímulos anormales que pueden explicarse por accion refleja sobre las vías motrices, reflejos cuyo orígen se encuentra en las terminaciones nerviosas de los nervios centrípetos. En suma, la solanina produce la diminucion de los temblores, aumentando la resistencia del arco diastáltico. La prueba de esto es que las sustancias que tienen la propiedad opuesta, (opio y nicotina) hacen aumentar el temblor. *(Bul. Gén. de Therap.*, 29 Fevr. 88).

TIP. DE DUBLAN Y COMP.

VOL. I. México, Junio 15 de 1888. NUM. 8

REVISTA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO BIMENSUAL DIRIGIDO POR EL DR. JOSE RAMOS.

DIRECCION Y REDACCION:
REFUGIO NUM. 15, ENTRESUELO,
DESPACHO DE LOS SRES.
E. DUBLAN Y COMP.

Administrador y propietario: Dr. Manuel Barreiro.
Apartado en el Correo núm. 619.

PRECIOS DE SUSCRICION:

EN LA CAPITAL

Por un mes.....................$ 0 50
Por seis meses.................. 2 50

EN LOS ESTADOS

Por un mes.....................$ 0 62
Por seis meses.................. 3 00

PRENSA EXTRANJERA QUE RECIBIMOS PARA LA FORMACION DE LA REVISTA:

"Gaceta Médica de Paris."—"Gaceta de los hospitales civiles y militares de Paris."—"Periódico de las Sociedades Científicas." — "Revista Científica." — "La Naturaleza." —"Gaceta Hebdomadaria."—"Revista de Medicina," de Bouchard, Charcot y Chauvau.—"Anales de las enfermedades de los órganos genito-urinarios."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Lúcas Championière.—"Periódico de Medicina de Paris," de Lutaud.—"Boletin de la Academia de Medicina."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Bruselas. — "El Electricista." — "El Tiempo Médico," de Filadelfia.—"El Registro Médico."—"El Mundo Médico."—"Anales de Ginecología," de Boston.—"La Lanceta," de Lóndres.

SECCION EDITORIAL.

EL HOMBRE--ELEFANTE.

De regreso de su viaje á Europa, envióme el Dr. Liceaga un opúsculo, impreso en Lóndres, titulado con el encabezamiento del presente artículo. Agradeciendo el envío y la dedicatoria manuscrita en la carátula, leíle, y en acabando de leerle consideré tan interesante y curioso el caso, que me propuse darlo á conocer en México, publicando el opúsculo vertido en lengua castellana, sin más glosa ni más comento que lo que me ocurrió para reputar y declarar inverosímil la causa á la cual el protagonista achaca aquella que le da triste celebridad. Apariencia tan lastimera como espantosa, es debida á la rara, desapacible y asquerosa combinacion entre las manifestaciones de *la elefanciasis árabe*, de varias *exostosis*, y de *múltiples papilomas*, distribuidos en varias regiones del cuerpo.

Por mayor claridad, el articulo aparece ilustrado con dos litografías copiadas de dos de los cuatro malos grabados en madera intercalados en el texto original, y que representan el sugeto en pié visto por el lado derecho y por el izquierdo.

EL HOMBRE-ELEFANTE.

La semana pasada apareció en el *Times*, una carta del Sr. Car Gomm, Presidente del Hospital Londonés, en que hace un llamamiento al público caritativo en favor de John Merrick, que sufre tan terrible deformidad, que le impide poder salir durante el día al jardin del Hospital. Su condicion es tal, que no solo le priva de poder ser atendido en un departamento general, ó admitido en algún establecimiento para incurables, sino aun poder hacer uso de los diversos medios de comunicacion, cuando desea viajar. Entre otras experiencias de este género muy penosas á sus sentimientos, ha tenido la de que un capitan de vapor rehusase admitirlo como pasajero. La mayor parte de los médicos que hayan leido la carta, si no han estado al tanto de ciertos hechos, han de haber llegado á la conclusion de que este infeliz tiene elefanciasis.

El caso de este individuo se ha presentado dos veces ante la Sociedad Patológica de Londres, habiéndose hecho mencion de él en el periódico "British Medical Journal," por primera vez, el 6 de Diciembre de 1884, y por segunda, el 21 de Marzo de 1885, habiéndose dado además un informe minucioso del caso, en las Transacciones de la Sociedad (vol. XXXVI, 1885, página 494), con el título de "Un caso de deformidad congénita," ilustrado en la lámina XX. Desde que se hizo esa estampa á la fecha, la enfermedad ha hecho grandes progresos, y el Sr. Treves ha tenido la bondad de darnos cuatro fotografías, de las que se han tomado los adjuntos grabados que representan la condicion actual del paciente.



degradante, y el infeliz elefante humano trató de ganar la vida en Bélgica, del mismo modo; pero su exhibidor le robó £.50 que habia economizado, y tuvo que volver á Inglaterra en una condicion miserable. Fué admitido en el Hospital de Londres; pero, pregunta el Señor Herr Gomm, en una carta al *Times:* "¿Qué se hará en lo futuro con el paciente?"—Nos dice el Sr. Treves que ha recibido numerosas cartas de personas caritativas y de curiosos, ocupándose del asunto, por lo que esperamos confiadamente que, debido á los esfuerzos de las personas caritativas, el pobre John Merrick podrá terminar sus dias en paz y en lo privado, teniendo lo necesario para un mediano pasar.

El hombre-elefante es de baja estatura; debido á una antigua enfermedad de la articulacion de la cadera, está cojo. Los tegumentos y los huesos están deformados; el tejido subcutáneo ha crecido en cantidad notable en algunas regiones, donde el tegumento, en consecuencia, se levanta muchísimo sobre la piel que le limita. Este tejido está sumamente suelto; así es que puede levantarse de las partes profundas en forma de grandes pliegues.

En la region pectoral derecha, en la cara posterior de la axila derecha y sobre las nalgas, la piel afectada pende formando pesados pliegues. La piel tambien está atacada de papiloma y modificada en algunas partes, como en la region clavicular derecha, por la aspereza del tegumento; sobre el lado derecho del pecho, el frente del abdómen, la parte posterior del cuello, y sobre el (hueco) poplíteo derecho, el desarrollo es corto. Además, grandes masas de papilomata cubren la espalda y la region glútea. Los párpados, las orejas, todo el brazo izquierdo, casi la totalidad del frente del abdómen, los muslos derecho é izquierdo, la pierna izquierda, la parte posterior de la pierna derecha, el pene y el escroto, están libres de la enfermedad.

Comparando estos grabados con la lámina antes mencionada, se ve cuánto ha avanzado la enfermedad durante los dos años trascurridos. El hombre-elefante nació en Leicester, y tiene cerca de veintisiete años de edad. Ganaba su vida exhibiéndose bajo el nombre que lleva, el cual le fué dado á causa de la exostosis del frontal, y no para indicar la elefanciasis. La exostosis, combinada con una deformidad del maxilar superior, da una apariencia de trompa á la nariz y al labio superior, y hace que la cara, vista de perfil, parezca al observador el perfil de la cabeza de un elefante. Hace dos años, poco más ó menos, el Sr. Treves descubrió á este individuo, que se exhibia en una pieza cerca de Whitechapel Road. La policía suspendió exhibición tan

Más notables todavía son las deformidades del sistema huesoso. Los huesos del cráneo se han deformado y han crecido demasiado; así es que la circunferencia de la cabeza del paciente

iguala á la de la cintura. Los grabados explican esta deformidad mejor que ninguna descripcion verbal. Del hueso fron- de la parte posterior de los parieta-s y del occipital, nacen protuberancias uesosas. Entre dichas protuberancias hay elevaciones irregulares. Todas estas deformidades son extremadamente asimétricas. El maxilar superior derecho ha crecido mucho y de un modo irregular. El lado derecho del palatino y los dientes superiores del mismo lado, ocupan un nivel inferior al de la parte correspondiente del lado izquierdo. La nariz se ha torcido á la izquierda, y los labios son prominentes. Un crecimiento de tejido conexivo de la parte anterior de la mandíbula derecha le fué amputado hace cuatro años en la enfermería de Léicester. Todos los huesos de la extremidad superior derecha, con excepcion de la clavícula y del omóplato, y los huesos de ambos piés, están hipertrofiados sin exostosis. El paciente no tiene noticia de que en la historia de su familia haya habido caso de semejante deformidad; pero declara que su madre, estando embarazada de él, fué derribada al suelo, en un circo, por un elefante. La hipertrofia de los huesos existe desde cuando sus recuerdos pueden ser evocados; el engrosamiento de la piel, así como el crecimiento papilomatoso, eran insignificantes en la niñez. Las excrecencias papilares están creciendo rápidamente, y la hipertrofia de los tegumentos de la mano derecha, le van volviendo manco lentamente. La salud del paciente es buena en lo general.



***

Como dije en el preámbulo de este artículo, con la mira de evitar (en lo posible, no espero más) que el vulgo necio tome á lo serio lo del motivo de estas deformidades, acusado por el *hombre elefante;* me refiero á lo del susto que la madre *en cinta* recibió en el acto de haber sido atropellada por un elefante en el circo, diré algo acerca del influjo real que las impresiones del ánimo ejercen sobre las cualidades físicas de los engendros que á la sazon llevan en su seno.

Si la omnipotencia de este influjo fuese tan cierta como se cuenta, ella, sin duda, seria uno de los hechos mejor comprobados de la embriología y de la fisiología, visto el sinnúmero de casos que se refieren. Y si la verdad de una opinion pudiera medirse por el número de sus partidarios y adeptos, y por la fuerza de su conviccion, ninguna estaria mejor cimentada que la que incidentalmente vuelvo á poner en tela de juicio. Los anales científicos acaso no ofrecen otro ejemplo como este, de una creencia más antigua, más arraigada, más superviviente. No hay coleccion de obras científicas y médicas (sobre todo, las "Efemérides de los curiosos de la Naturaleza," dice I. G. Saint-Hilaire) que no contenga disertaciones en toda forma, ó simples notícias,

cuando menos, sobre este malhadado influjo y sobre los pretendidos ejemplos que la apoyan. No hay Universidad, añade, en donde no se hayan sustentado numerosas tésis encaminadas todas en igual sentido. En casi todas ellas figura el artificio de que, segun el Génesis, se valió Jacob para multiplicar y señalar los rebaños de Labán: poner á la vista de las ovejas preñadas, ramas de árbol á medio descortezar. Figura, asimismo, la opinion de Hipócrates, emitida ante los jueces que juzgaban á una mujer blanca, casada con un hombre de igual color, acusada de haber parido un negro y salvándola el haber visto, en cinta aquella, el retrato de un etiope, y á este tenor adúcense mil y mil ejemplos, que, como verdades comprobadísimas, atestan las obras de los siglos XVI, XVII y XVIII. Cierto es que estas opiniones absurdas, comunes á tantos hombres de naciones, creencias y siglos diferentes, han tenido sus contradictores, que las han desmentido y rechazado probando su inverosimilitud. Nada, empero, ha disminuido su universalidad. Ni aun el *positivismo moderno*, que no cree mas que lo que ve, ha logrado disuadir á las multitudes de este error, con quien viven encariñadas contra viento y marea. Una creencia tal, que puede decirse consagrada por el asentimiento universal, bien merece la pena de seguir siendo refutada.

Segun ella, si la vista, si la imaginacion ó la fantasía de la mujer en cinta, se fija durante algun tiempo sobre cualquier objeto, sobre todo, si dicho objeto les inspira repugnancia, temor ó deseo, puede suceder, y sucede con frecuencia (se dice), que algun detalle de la conformacion del engendro, reproduzca la forma, la situacion, el color de aquel objeto ó de alguna de sus partes simplemente. De ahí la regla de higiene popular que prohibe á las embarazadas vean algun objeto repugnante ó desagradable siquiera, y satisfagan á toda costa cuanto *antojo* les sugiera la actividad (en esas circunstancias, notablemente acrecida) de sus caprichos ó de su imaginacion. Los hechos aducidos por los obcecados propagandistas de estas quimeras, forman sin duda una masa imponente por su número, pero quien quiera reconoce el espantajo. Si grande es la cifra, insignificante, nulo mejor dicho, es el valor de cada uno de esos hechos.

Con excepcion de uno que otro caso (no llegan á tres) en que las previsiones ó presentimientos de la madre se han visto realizadas en el nacimiento de los niños, como, v. g., el de aquella mujer, que próxima á parir predijo que la criatura naceria afectada del *labio leporino* (1), en los demás la presumida causa de la anomalía, no ha sido señalada sino *á posteriori*, quiere decir, despues del alumbramiento. El célebre teratólogo antes citado, pregunta con justicia: ¿Quién es aquel que puede dar alguna importancia científica á hechos de esta naturaleza? Una mujer pare á un niño mal conformado: al verle, se aflige, y los circunstantes se asombran. Inquieren entre sí, y preguntan á la madre y al padre, cuál circunstancia, cuál deseo, cuál impresion, cuál temor puede explicar aquel acaecimiento, y de repente, entre los mil un recuerdos de circunstancias anteriores, reales ó imaginarias ó rebuscadas, atrápase al vuelo aquella que naturalmente ó en fuerza de devanarse los sesos, ofrezca alguna correlacion con la anomalía, con la monstruosidad del recien nacido. ¡Eureka! Con eso é invertir el órden de las cosas, se saca la consecuencia: el efecto observado párte en línea recta de esta ó aquella circunstancia, de esta ó aquella impresion, de este ó aquel contratiempo, de este ó aquel deseo. Acéptase, lánzase luego la noticia á los cuatro vientos de la publicidad, tómanla á su cargo las comadres y algun gacetillero (de esos que no faltan ni han faltado nunca) y convenientemente exornada, adquiere carta de vecindad entre la multitud de consejas de su propio linaje.—Las reflexiones de un instante, aun cuando por su fuerza basten para echar por tierra aquel castillo de naipes, edificado bajo el doble yugo de una añeja preocupacion y de impresiones vivas de dolor ó asombro, son puestas á un lado cediendo el puesto de honor, á la fábula, á la ficcion, á lo maravilloso; en una palabra, que seduce y cuadra á las gentes, sin duda más que la verdad.

En muchos de esos casos, la fecha del motivo pretextado bastaria por sí solo para escluir totalmente la posibilidad de su accion en otros (que pueden valuarse cuando menos en las nueve décimas partes del monto total)

(1) *Historia de lâs anomalías*, por I. G. Saint-Hilaire, Tomo 1º, pág. 199.

en vano se buscaría la correlaccion lógica entre el efecto real y la causa pretextada; v. g., entre un labio leporino y la vista de la cabeza de una raya; entre una mancha melaniana y el antojo de un tulipan ó de un clavel; entre la anencefalía y la impresion ingrata producida por un sapo, y otros ejemplos, así ó más absurdos acaso, siguiendo el camino de la crítica imparcial, tiene que caer, reducida á pavesas y á cenizas, toda esa palizada de hechos sobre la cual háse creido poder establecer la explicacion de las anomalías del feto por el *omnímodo poder* de las fantasías. Estudios serios, dignos de la buena causa que se defiende, robustecerán de dia en dia con nuevos argumentos directos á los antiguos (que no por añejos han desmerecido) y acabarán, segun colijo, por echar á tierra esa creencia mantenida y acariciada durante muchos siglos por el vulgo crédulo y fantástico.

A pesar de algunas observaciones del célebre Edward Home (1) y de las deducciones que de ellas ha creido deber sacar en pro del influjo de la imaginacion materna sobre las cualidades del producto, tal influjo resulta inexplicable. La posibilidad demostrada por Geoffroy Saint-Hilaire, en Bourg-la-Reine, de producir pollos anómalos, monstruosos, operando por diversos modos y arbitrios sobre huevos de gallina, constituye un argumento en contra, de pujanza tanta, que sin vacilar debe agregarse á las objeciones há tiempo hechas, deducidas de *monstruosidades numerosas observadas en los vegetales, en los animales y en el hombre.* La fuerza de este argumento ha acrecido más todavía, desde que puede probarse que las anomalías de la especie humana, atribuidas al influjo de la imaginacion, como el labio leporino, los lunares melanianos, los tumores eréctiles, y otros, se encuentran en los animales, ajenos á esos temores, á esos melíndres y á esos caprichos propios de las hijas de Eva.

Y si esto sucede tratándose de las cosas que tocan al *órden teratológico* puramente, ¿qué sucederá si se pasa á otras de un órden distinto, como el *órden patológico*, cual en el presente caso acontece, puesto que se trata de una infortunada víctima de triple enfermedad? Por más que se cavile, por más que se alegue

(1) "On the existence of nervus in the placenta."—Transacciones filosóficas, año de 1825.

no se podrá establecer jamás la relacion de causalidad entre el *susto* recibido por la madre del *hombre-elefante* y las enfermedades que atormentan al hijo. Nada, absolutamente nada tiene que ver lo uno con lo otro. Confirma mi modo de discurrir otro caso, que sin el pretexto del anterior, nació con *elefanciasis árabe congénita*, hallándose la madre sana. Este caso fué presentado por Chaussier, segun refiere Valleix, (1) aunque no dice adónde ni cuándo.

Julio de 1888.

JUAN MARIA RODRIGUEZ.

(1) "Guía del Médico Práctico."—Paris, 1866, pág. 700.

INDICACIONES DEL FORCEPS
EN LOS CASOS
DE ESTRECHAMIENTO PELVICO.

POR MANUEL BARREIRO.

Entre las indicaciones del forceps por falta de proporcion entre el volúmen del móvil y el canal, la primera y más importante, sin duda, es la mogostocia pélvica.

La dificultad de establecer con precision absoluta en qué grado de acortamiento se encuentran los diferentes diámetros de la pelvis, hace que el partero ignore, muchas veces, en qué momento puede ser más benéfica su intervencion.

Por esto indudablemente reina en el arte obstétrico la más profunda disidencia, respecto de la aplicacion de unos ú otros procedimientos en estos casos; y para determinar este punto importante, nada he encontrado mas lógico que estudiar los estrechamientos pelvianos bajo el punto de vista de los fenómenos mecánicos del parto; la razon es clara: si la cabeza tiene que conjugar ciertos de sus diámetros con los correspondientes de la pelvis, natural es que investiguemos, antes que todo, si las dimensiones de los diámetros del canal corresponden á los de la cabeza.

Pero antes de entrar de lleno en este estudio, permítaseme una ligera digresion. Los diámetros de la pelvis no son sino dimensiones abstractas, tomadas para la mejor compresion de los movimientos que la cabeza ejecuta.

El estrecho superior está dividido por los

diámetros antero-posterior y transverso, en cuatro arcos de círculo, de los cuales dos son posteriores—los más pequeños—y dos anteriores—los más grandes.—Si se reflexiona en que la cabeza superpuesta en el plano del estrecho superior ocupa una superficie de éste igual con su proyeccion sobre este plano, se ve que en las posiciones 1ª y 2ª de vértice, la extremidad más pequeña del ovoide, corresponde á uno de los arcos posteriores, no á la cuerda de este arco, sino á una línea que va de la parte media y lateral del promontorio hácia la extremidad correspondiente del diámetro transverso; la porcion más voluminosa del ovoide, corresponde al arco anterior simétricamente opuesto, y cuya cuerda va de la extremidad del diámetro transverso á la sínfisis pubiana; esta cuerda y la línea antes mencionada, limitan un plano que llamaré el *plano de proyeccion*, cuyo eje, en la pelvis normal, es el diámetro oblícuo.

Se recordará que la direccion de la fuerza uterina está invariablemente dirigida hácia abajo y hácia *atrás;* pues bien, la cabeza, urgida por la contraccion, no se encaja favorablemente en el estrecho superior, sino cuando hay paralelismo entre el plano de este estrecho y el de proyeccion; supongamos que este paralelismo existe, entonces la cabeza es lanzada hácia abajo y hácia atrás, es decir, contra el promontorio, que atraviesa así en toda su altura, oprimiendo fuertemente su parte media y lateral, que es el punto adonde el plano de proyeccion está en contacto con esta porcion huesosa.

Apenas lo ha recorrido, se encuentra súbitamente con la curva sacro-perineal, espacio ensanchado que no le ofrece resistencia alguna y adonde se dirige, verificando así el movimiento de rotacion por el cual conjuga sus diámetros antero-posterior y transverso con los homólogos de la excavacion, tanto más, cuanto que la extremidad anterior del plano de proyeccion encuentra menos resistencia detrás del arco del pubis que en el punto adonde antes se encontraba.

Sigue descendiendo á lo largo de la curva sacra que le imprime sin cesar una direccion hácia adelante—por la resultante de los paralelógramos construidos sobre la línea de la potencia y la línea de la resistencia—sigue descendiendo, decia, hasta tocar el piso perineal, cuyo plano es perpendicular al eje del estrecho inferior. Si el perineo fuera rígido, ahí se detendría el movimiento de traslacion de la cabeza; pero no es así: el piso perineal cede, y por consecuencia, no es ya perpendicular sino oblícuo, y la cabeza sigue la direccion de la resultante del paralelógramo, por idéntica razon que en la curva sacra.

En una palabra, se ve, pues, que durante la expulsion de la cabeza, ni por un momento deja de haber paralelismo entre el plano de proyeccion y los diferentes planos del canal pélvico.

Estas consideraciones, rigurosamente exactas para las pelvis extranjeras, lo son igualmente para las mexicanas, pero con algunas diferencias que dependen de su conformacion especial. Sucede con frecuencia que el penosísimo trabajo que resulta de la exigüidad de la pelvis, trae, como consecuencias inmediatas, el cansancio uterino con todo el cortejo de síntomas ya bien conocido; pero aun cuando esto no suceda, la intervencion es necesaria, cuando no se verifican todos y cada uno de los fenómenos mecánicos del parto.

La pelvis mexicana que, más bien que un vicio de conformacion, es una variedad, ha sido estudiada y bien descrita por el Sr. D. Florencio Flores, en su tésis inaugural sobre la pelvimetría comparada, de donde tomo los datos siguientes que reasumen los caractéres de dicha pelvis: "Acortamiento general de todos los diámetros de la pelvis. Altura más considerable de la sínfisis pubiana que mide la longitud de cinco á cinco centímetros y medio, y no la de cuatro ó cuatro centímetros y medio que hasta aquí se ha considerado como normal. Mayor elevacion de ella, aproximándose por su extremidad inferior á la cara anterior del sacro. Acortamiento de los diámetros de la excavacion y del estrecho inferior, y por consiguiente, reducción de la amplitud del canal, tanto más marcada, cuanto más se desciende al piso perineal." Más lejos dice: "Si á estos datos se agregan los que se sacan de la disposicion particular que en este caso tienen las partes blandas del piso perineal, como la posicion casi horizontal de la vulva, pequeñez de ésta, acortamiento de la region posterior del perineo, que mide, segun se ha visto, á lo más cuatro ó seis centímetros de longitud, se tendrá ya un con-

junto de particularidades bien fáciles de apreciar, que en regla general sirven y han servido para caracterizar y distinguir perfectamente, la forma especial que afecta el canal de la pelvis mexicana."

Con estos datos, vamos á seguir uno á uno los movimientos de la cabeza, y encontraremos en qué punto del canal se detiene y cuál es el motivo de este detenimiento.

Supongamos el eje uterino prolongando el eje del canal y la cabeza abocada favorablemente en primera posicion de vértice. El primer movimiento que ejecuta es el de flexion, sustituyendo así á su diámetro occípito-frontal, el suboccípito-bregmático, que entonces coincide con el oblícuo izquierdo. Urgida por la contraccion, desciende recorriendo el promontorio en toda su altura y tiende á ejecutar el movimiento de rotacion, tan pronto como el ecuador de la cabeza ha pasado el plano del estrecho superior. El plano de proyeccion debia girar sobre el eje de la pelvis y conjugar sus diámetros antero-posterior y transverso, con los correspondientes de la excavacion; pero este plano que se encuentra holgado en el diámetro oblícuo de esta parte de la pelvis (0.12), se hallaria oprimido en el diámetro antero-posterior (0.11½), por cuya razon la cabeza en lugar de girar, seguirá descendiendo por el diámetro oblícuo, en tanto que la longitud del cuello permita este descendimiento. Este es el motivo de la inmensa frecuencia con que se ve faltar el movimiento de rotacion en las pelvis mexicanas. Dos motivos se oponen á que la cabeza llegue al piso perineal 1° la sínfisis pubiana mide cinco centímetros y medio, mientras que el cuello del niño no tiene mas que tres y medio ó cuatro, y 2° el diámetro oblícuo del estrecho inferior es de diez centímetros solamente. La cabeza en esta situacion oprimirá por todos lados el canal hasta que una de sus paredes ceda: las laterales no pueden ceder, y su resistencia no tiene más efecto que la compresion de la cabeza, por ser dos fuerzas iguales y directamente opuestas; la pared anterior resiste tambien; la posterior cede por la retrocesion del coxis, y su fuerza de resistencia es igual á su antagonista pero no directamente opuesta; en consecuencia, la extremidad posterior del plano de proyeccion se dirigirá hácia adentro y hácia atrás, conjugando su diámetro longitudinal con el antero-posterior del estrecho inferior.

La cabeza colocada así, recordando todo lo que dijimos acerca de la gran longitud de la sínfisis pubiana, fácilmente se viene en cuenta de que no podrá descender más, si los hombros no penetran en el canal; felizmente el diámetro transverso del estrecho superior mide trece centímetros y medio, y por lo mismo no opone gran obstáculo al paso del diámetro bis-acromial, de manera que encajándose los hombros en el canal, puede entonces la cabeza llegar al piso perineal y deprimirlo suficientemente para verificar el movimiento de extension.

La cortedad del perineo agrega una nueva dificultad al parto, pues "no puede dar de sí cuanto es necesario para que por el canal, de que forma parte, pase el ovoide cefálico, dilatándose hasta formar una pared curva de ciento veinticinco milímetros, como sucede en la mujer europea; siendo indispensable que para el logro del intento cooperen á la dilatacion no solo los elementos músculo-aponeuróticos que le constituyen, sino tambien las regiones vecinas, entre otras y hácia atrás la pared anterior del recto—muy extensible como es sabido—que se prolonga y dilata de una manera verdaderamente notable, al grado de que el ano toma la forma de una pluma de escribir tajada á gran distancia de su extremidad.—TESIS CITADA DEL DR. F. FLORES.

Iguales consideraciones pudieran hacerse acerca de la cortedad de la vulva, que no presenta sino ocho centímetros de extension y cuya resistencia forma por sí sola una causa de distocia.

Varias son, como se ve, las irregularidades del parto en México; pero comunmente, no son tan exageradas que suspendan por completo el trabajo; sin embargo, los partos prolongados, con sus terribles consecuencias, no son raros, y por lo tanto, el partero debe estar prevenido para evitarlos, recordando que *no basta esperar, sino saber esperar*, segun la feliz expresion del ilustrado Profesor Rodriguez.

La primera anomalía que hemos notado al estudiar la traslacion de la cabeza, en la pelvis mexicana, es la falta total ó parcial del movimiento de rotacion; ¿estaría indicado eje-

cutar con el forceps este movimiento? segun las reglas clásicas, esta es una de las indicaciones del forceps ¿seria oportuno en este momento? evidentemente no, y ya hemos dado la razon de ello. Si la cabeza no lo ha ejecutado (con una impulsion uterina normal) es porque no puede ejecutarlo, quiere decir, porque el diámetro antero-posterior de la excavacion, es menor que el oblícuo y el transverso, y si pretendiéramos verificarlo con el forceps, solamente lo alcanzariamos á costa de la peligrosísima compresion del diámetro antero-posterior de la cabeza. Por otra parte, ¿á qué apresurarnos, si el ovoide cefálico sigue descendiendo y puede por sí solo ejecutar este movimiento? Estas razones me inclinan á creer, que en tanto que la cabeza no llegue al límite inferior de la excavacion, la aplicacion del forceps no es oportuna, aun cuando esté indicada; pero nótese que para establecer esta conclusion, únicamente considero la falta del movimiento de rotacion, pues otras circunstancias nos pueden obligar á intervenir antes: una de ellas es la disposicion *en embudo* de la pelvis mexicana, producida por la longitud de la sínfisis y su inclinacion exagerada de arriba á abajo y de adelante á atrás.

En este caso, la cabeza llega sin gran dificultad hasta la mitad de la excavacion; pero de allí en adelante, la exigüidad crece poco á poco, los diámetros de la cabeza se reducen á su mínimum y en algunos casos el movimiento de traslacion acaba por detenerse.

La intervencion debe ser inmediata; esperar más, sería inútil y perjudicial para la madre y el niño; por consecuencia, creo poder establecer la conclusion siguiente: en el momento en que la cabeza del feto se detenga, haya ó no verificado el movimiento de rotacion, la aplicacion del forceps será oportuna.

Si por temor ó por prudencia, se retardara la intervencion, tal vez los accidentes múltiples de los partos prolongados, podrian atribuirse al operador ó á la operacion.

(*Continuará*).

REVISTA EXTRANJERA.

FISIOLOGIA.

INVESTIGACIONES EXPERIMENTALES QUE DEMUESTRAN QUE BAJO LA INFLUENCIA DE LA GRAVITACION, LOS CENTROS "MOTORES" Y LAS OTRAS PARTES DE UNA MITAD DEL ENCÉFALO PUEDEN DETERMINAR MOVIMIENTOS EN CADA UNA DE LAS MITADES DEL CUERPO.—(*Nota de Brown-Séquard*).—"Gran número de veces he observado, dice Brown-Séquard, que una misma parte del encéfalo puede, bajo la influencia de una excitacion, originar movimientos de un lado ú otro del cuerpo, segun la posicion de la cabeza. Así, por ejemplo, la porcion de la superficie cerebral que se llama *Zona motriz cortical*, y que deberia, conforme á las doctrinas hoy admitidas, producir movimientos de los miembros del lado opuesto al de la irritacion, puede, segun la posicion de la cabeza, hacer mover uno ó los dos miembros, ya sea á la derecha, ya á la izquierda. Este hecho es absolutamente contrario á las doctrinas corrientes y está enteramente de acuerdo con la opinion que he sostenido en la Academia en muchas comunicaciones que he tenido el honor de dirigirle."

El autor refiere algunos hechos que ha observado. Hé aquí un ejemplo:

Experiencia I.—Sobre un conejo adulto, rigoroso, se descubre la zona motriz cortical de los dos lados del cerebro; se galvaniza por medio de una corriente poco intensa del aparato de corredera de Dubois-Reymond, la zona motriz cortical *izquierda*, colocando el animal de modo que su cuerpo y cabeza reposen sobre el lado *izquierdo*. Los movimientos clásicos de los miembros del lado opuesto, es decir, *del derecho*, aparecen. Se invierte el conejo y se le hace reposar sobre el lado derecho del cuerpo y de la cabeza; se galvaniza entonces con la misma corriente la misma zona cortical que precedentemente (la izquierda); esta vez, se mueven los miembros del *lado izquierdo*. Cámbiese muchas veces la posicion del animal y siempre se verá que bajo la influencia de una misma corriente aplicada en el mismo punto, á la *izquierda*, se mueven los miembros derechos cuando la cabeza reposa sobre su lado *izquierdo*, en tanto que, los miembros izquierdos se mueven, cuando la cabeza reposa sobre su lado derecho.

Se aplica en seguida la galvanizacion á la zona motriz *derecha*, colocando el animal de manera que la cabeza repose sobre su lado *derecho;* así dispuesta la experiencia, se mueven los miembros izquierdos. Si se coloca sobre el lado izquierdo, se ven aparecer en cada galvanizacion, movimientos del miembro anterior *izquierdo* y del posterior *derecho*

(bípedo diagonal *izquierdo*). Estos dos efectos diferentes que provienen de una misma excitacion, se reproducen tantas veces cuantas se hace cambiar la posicion de la cabeza.

Las diferencias radicales que han sido observadas en estas experiencias, segun la posicion de la cabeza del animal, dependen enteramente de esta posicion. Efectivamente, todo, fuera de esta circunstancia, era idéntico en cada uno de los casos: fuerza de la corriente, separacion de los electrodos, parte y lado del cerebro en que se hace la excitacion, etc. El cambio observado depende, pues, de la gravitacion. Es asimismo evidente—y este es el punto más interesante de este trabajo—que la zona motriz de cada lado del cerebro, tiene poder bastante para producir movimientos en los cuatro miembros y no, como se creia, en los del lado opuesto á la irritacion. Segun las circunstancias, hay movimientos en uno ó los dos miembros, ya sea del lado opuesto, ya del lado correspondiente. En otros casos, los movimientos producidos se verifican en los dos miembros, de los que uno corresponde al lado excitado y el otro al lado opuesto.—*(Journal de Société Scient., 13 Juin 1888).*

PATOLOGIA INTERNA.

CONGESTION PULMONAR AL PRINCIPIO DEL SARAMPION.—TRATAMIENTO POR LAS INYECCIONES HIPODÉRMICAS DE CAFEINA DE LOS ESTADOS ADINÁMICOS, DE LA DEBILIDAD CARDIACA, DE LAS PIREXIAS Y DE LAS PERTURBACIONES ORIGINADAS POR LAS CONGESTIONES DEL PULMON, por Henrri Huchard, médico del Hospital Bichat.—Todos conocemos la frecuencia de las manifestaciones torácicas en el curso ó en la convalecencia del sarampion. Pero existe un accidente bastante grave que he visto ya sobrevenir cuatro ó cinco veces al principiar la erupcion y que por la brusquedad de su invasion, por los síntomas graves que determina, merece una especial mencion: quiero hablar de una hiperhemia pulmonar intensa, generalizada, acompañada á veces de accidentes asfixicos y de la dilatacion de las cavidades derechas del corazon.

Hace 6 ó 7 años, fuí violentamente llamado para asistir á una niña atacada durante la noche de una sufocaccion muy intensa, durante el curso de un sarampion, hasta entonces de marcha benigna.

Cuando llegué, la encontré jadeante, presa de una intensa dispnea, con la cara violácea, las manos y las extremidades frias. Sin embargo, la erupcion se mostraba claramente, y si bien es cierto que habia tomado un tinte ligeramente cianótico, era sin duda en razon de los accidentes torácicos que súbitamente le atacaron.

En este caso, de ninguna manera podia invocarse la influencia de un enfriamiento. El pulso débil, frecuente; la temperatura axilar 40°; la auscultacion del pecho denunciaba á la derecha y á la izquierda y de arriba á abajo, la existencia de estertores finos, extremadamente numerosos y perceptibles, sobre todo, en el momento de la inspiracion. La respiracion era frecuente, entrecortada; la niña, en fin, era presa de una gran ansiedad respiratoria.

Alarmado por semejante estado, recuerdo que recurrí á los buenos consejos del Dr. Millard, quien confirmó mi diagnóstico é instituyó conmigo una enérgica medicacion (ventosas secas, alcohol, sinapismos en las extremidades inferiores, etc). La niña sucumbió al fin.

Hace quince dias que he presenciado un hecho semejante. Una de mis enfermas, de edad de 30 años y asistida por mi antiguo interno Marsiguey, fué atacada, en el momento mismo de la operacion, de una erupcion rubeólica sobre todo el cuerpo, de una intensa dispnea con aspecto violáceo de la cara, angustia extrema, precipitacion de los movimientos respiratorios que llegaban á la cifra de 45 á 50 por minuto..... El pulso pequeño, débil, depresible y frecuente; los latidos del corazon eran sordos, precipitados, tumultuosos, y demostré, de la manera más formal, por la percusion, una dilatacion del corazon en el sentido transversal, con acentuacion del ruido diastólico al nivel de la arteria pulmonar.

Esta dilatacion del corazon derecho, fué además demostrada por el hinchamiento de las venas yugulares animadas de ligeros latidos La espectoracion es abundante, como albuminosa; la percusion del hecho permite demostrar solamente una ligera diminucion de la sonoridad de los dos lados y del vértice á la base de los pulmones. Por la auscultacion, demostré en todas partes del pecho: adelante, atrás, en el vértice, en la base y en la region de la axila, una abundante cantidad de estertores crepitantes finos, de los que, algunos superficiales, al nivel del ángulo del omóplato, se asemejaban á frotamientos pleurales; no habia soplos. La temperatura poco elevada, y no pasó, durante los dias consecutivos, de 38°5 á 38°8; volvió á la normal, tres dias despues del principio de los accidentes, aun cuando en esta fecha se percibian todavía estertores numerosos. La orina rara y no contenia albumina.

Instituimos la medicacion siguiente: Polvo de Dower y polvo de scila (ââ 15 centígramos) tres veces por dia; pocion alcohólica; sinapizacion enérgica de las extremidades inferiores; en fin, 3 ó 4 inyecciones hipodérmicas de cafeina, compuestas cada una, de 0.25 centígramos de principio activo.

Bajo la infiuencia de esta medicacion, el pulso se levantó rápidamente, la orina fué más abundan-

te la dilatacion del corazon disminuyó progresivamente, los numerosos estertores del pecho desaparecieron y la enferma está hoy completamente curada.

No sé verdaderamente á qué atribuir esta fluxion pulmonar, porque aquí no se trataba ni de bronquitis generalizada, ni de bronquitis capilar, ni de bronco-pneumonía. Ya he dicho que en la primera enferma no hubo enfriamento alguno; tampoco lo hubo en la segunda, pero una y otra eran artríticas. La niña padeció muchos accesos de laringitis estridulosa, su padre padecia de cólicos hepáticos, y su madre era manifiestamente reumática. En cuanto á la segunda enferma, padeció durante largos años de cólicos nefréticos y presentaba todos los atributos de la diatesis artrítica. Ahora bien, es sabido que esta diatesis predispone á las congestiones y que puede determinar hasta hemoptisis abundantes. ¿Los accidentes de hiperhemia pulmonar han encontrado aquí una *ocasion* propicia para manifestarse, sobre un terreno ya preparado á las congestiones por la artritis? Esta es una cuestion aun no resuelta; sin embargo, estoy convencido de que en las enfermedades agudas, en las pirexias, la predisposicion diatésica del individuo, desempeña un gran papel en la produccion de accidentes anormales. Lo cual quiere decir, en buena clínica, que es necesario no ver solamente la enfermedad, sino al enfermo cuyas predisposiciones morbosas suelen ser despertadas por las enfermedades intercurrentes.

Antes de terminar esta nota diré que yo empleo la cafeina bajo tres puntos de vista: como diurético, como tónico general y como tónico cardiaco. Las inyecciones de cafeina reemplazan *ventajosamente* á las de otros que solo tienen una accion excitante. Toda vez que en las pirexias y las enfermedades febriles la accion del corazon se debilita y la orina disminuye, las prescribo á la dósis de 3 á 5 al dia, conteniendo cada inyeccion de 0.20 á 0.25 cent. de cafeina.

Estas inyecciones caféicas, son útiles, sobre todo en los viejos cuyas fibras musculares cardiacas se agotan tan pronto en el curso de las enfermedades agudas y ciertas crónicas (pneumonía ó catarro brónquico); en la fiebre tifoidea en su forma adinámica y cardio-vascular.

Doy la preferencia á la solucion siguiente que se inyecta con la jeringa de Pravaz, tres ó cuatro veces por dia, y que administro á veces por la vía gástrica en una poca de agua azucarada á la dósis de 20 á 40 gotas por dia:

Cafeina	2.00	gram.
Benzoato de sosa	3.00	,,
Agua dest	6.00	,,

Soluc. caliente.

(Journal de Med. de Paris, 10 Juin 88).

IDENTIDAD DE LAS DIFERENTES FORMAS DE LA INFECCION PUERPERAL.—El Sr. Hervieux dice que la cuestion de relaciones entre la erisipela y la septicemia puerperal que hace tiempo está terminada bajo el punto de vista clínico, acaba de serlo una vez más por los estudios bacteriológicos de los Sres. Cornil y Doyen. A este propósito recuerda que ha demostrado: 1º que la erisipela de mujeres en parto no es sino una de las expresiones de la septicemia puerperal: 2º La erisipela y la septicemia puerperal pueden engendrarse recíprocramente por contagio.

Los estudios bacteriológicos sobre la septicemia puerperal pueden explicar los casos de contagio vulgar que son el resultado de una verdadera inoculacion. Pero al lado de estos hechos existen otros en los cuales el contacto no podria invocarse y que las teorías microbianas no pueden explicar. Tales son los casos en los cuales un intermediario ha contagiado una parida sin tocarla. En este caso, por el aire ambiente y consiguientemente por las vías respiratorias, se opera la contaminacion. La teoría microbiana de la septicemia puerperal no será completa, sino cuando demuestre la penetracion del parásito específico en el organismo por la vía respiratoria.

Créese generalmente que para la septicemia puerperal, como para todas las enfermedades inoculables, la enfermedad está siempre constituida con sus caractéres propios, su intensidad de accion y su grado de gravedad, por una sola inoculacion, ó por una sola introduccion del microbio séptico en el organismo. Esto es verdadero para la sífilis, la rabia, la vacuna, etc. Es verdadero tambien, aunque menos seguro, para las fiebres continuas ó eruptivas reconocidas manifiestamente contagiosas, pero no es constantemente exacto para septicemia puerperal. En efecto, Huchard ha visto en ciertas paridas, en el curso de una septicemia que parecia en buena vía, despertar la enfermedad repentinamente sin complicacion apreciable, con fiebre, calofrios, etc., etc.

Ha visto frecuentemente estos cambios suceder á un tacto practicado cuando se acababa de examinar una mujer gravemente atacada, ó bien á una exploracion hecha por un interno que habia practicado una autopsia, bien á una inyeccion practicada con una cánula que habia servido á otra mujer, ó ya á una cura hecha por una empleada del servicio que habia asistido á mujeres enfermas, etc. En todos estos casos la relacion de causa á efecto le ha parecido bastante evidente para no poder ser discutida.

PATOLOGIA EXTERNA.

HOSPITAL DE LA PIEDAD.—*M. Verneuil.*

El pronóstico en las amputaciones del muslo.—El pronóstico de las amputaciones del muslo ha cam-

biado cempletamente de algunos años á esta fecha. Contábase antiguamente con una mortalidad de 75 á 80 por 100, en tanto que hoy puede ser muy benigno.

Esto no quiere decir, sin embargo, que hoy no se encuentren casos en los que ocurren incidentes dignos de toda atencion, por más que ellos no comprometan la vida: quiero hablar de ciertos accidentes consecutivos, que antes no habia ocasion de observar, porque la muerte arrebataba á nuestros amputados antes que tales accidentes hubieran podido producirse. Uno de mis amputados—el que ocupa la cama núm. 2 de la sala de hombres,—nos ofrece actualmente un interesante ejemplo. Todos conocemos casos de nevralgía traumática del muñon, secundaria ó precoz, que ceden al sulfato de quinina. Hemos visto pseudo-nevralgías del muñon, debidas á periostitis, á ostitis ó medulitis de la porcion conservada del hueso amputado. Estas no son verdaderas nevralgías, sino muñones dolorosos en los que la palpacion ó la presion determinan verdaderos dolores á consecuencia del engrosamiento del hueso y del periosteo, sobre todo en los casos de osteo-mielitis ó de hiperostosis considerables. He visto tambien, antes que se conociese el método antiséptico, producirse, en ciertos casos de reunion inmediata, un grado más ó menos grande de mortificacion de la parte terminal del fémur, con salida de esquirlas aun despues de mucho tiempo. De aquí ciertas preferencias por las curaciones abiertas.

El dolor en el muñon puede tambien resultar de la formacion de neuromas terminales consecutivos á la seccion de los nervios; pero estos neuromas' aunque constantes, son indolentes en ciertos individuos, mientras que en otros son de tal manera dolorosos, que el menor rozamiento determina una sensacion de las más penosas.

Para evitar este inconveniente, he propuesto, desde el año de 1852, el resecar siempre los nervios en cierta extension antes de aplicar la primera curacion. Yo he visto, en la diseccion del muñon en una amputacion parcial del pié, por un procedimiento detestable, tomar, para cubrir el muñon, el colgajo lateral interno que contenia en sus paredes el nervio tibial posterior; consecuentemente el muñon era tanto más doloroso, cuanto que el enfermo pisaba su propio nervio. En otro enfermo—herida por arma de fuego en la region superior del brazo—quedaban descubiertos los nervios del plexus braquial, lo que le ocasionaba un dolor extremadamente intenso. Esta es la razon por la cual acostumbro resecar los nervios en el muñon de mis amputados.

En el enfermo que sirve de pretexto á esta leccion, no existe ninguna de las causas de muñon doloroso que he enumerado; este individuo fué operado por una osteo-artritis tuberculosa complicada de dolores que se irradian hácia todo el miembro inferior hasta su raíz, á lo largo del nervio sciático.

En estas condiciones le he amputado el muslo, amputacion con curacion antiséptica. Despues de la operacion, no hubo fiebre, ni inflamacion alguna. Concluyo, pues, que los dolores de su muñon provienen de una alteracion anterior á la amputacion.

Se han descrito tambien neuritis ascendentes posteriores á la operacion.

He visto, además, un enfermo en quien se hizo una reseccion del astrágalo; consecutivamente á esta operacion, sobrevino una neuritis del nervio tibial posterior. Los dolores se perpetraron al nivel del talon, siguiendo un trayecto fistuloso al nivel de los nervios tibiales. Despues de raspar y agrandar la abertura, tuve que recurrir á la amputacion de la pierna en su parte média. Pude demostrar entonces, que se trataba de una neuritis del tibial posterior, cuyos límites no habia franqueado; sin embargo, este hombre continúa sufriendo y siente su pié y su talon siempre dolorosos. La aplicacion de un vejigatorio produjo algun alivio; pero si de aquí á algun tiempo no se produce alguna mejoría estable, recurriré á la reseccion de una porcion del nervio sciático.

He tenido otro amputado en cuyo muñon se desarrollaban pústulas de acnea, cada vez que pretendia llevar su aparato protético; pústulas que crecian, se ulceraban y tomaban un tinte lívido análogo al de las manchas escorbúticas; en una palabra, perturbaciones tróficas.

Volviendo á ocuparme de mi enfermo de la cama número 2, tendré que recurrir, para tratar su neuritis, á un reposo absoluto durante un cierto tiempo y á aplicaciones resolutivas.

Agrego que este hombre no es ni glicosúrico ni albuminúrico; pero sus tegumentos no soportan ni la declividad ni la menor presion; de tal manera que si el tratamiento que he formulado no produce efecto benéfico, estaré reducido á no saber qué hacer.

TERAPEUTICA.

De las varices viscerales y su tratamiento. Por el Dr. Tripier.—Las varices de las venas superficiales de los miembros ó del tronco, no han pasado nunca desapercibidas; en todo tiempo han tenido una historia, sobre cuyo interes y lagunas no quiero ahora detenerme. Más oscura es la de las venas profundas de los miembros; se sabe que existen, que son una causa próxima de edemas dolorosos y se les trata como á las varices superficiales por el medio paliativo de la compresion en masa del miembro.

Otras localizaciones varicosas han sido más especialmente estudiadas, en razon de los inconvenientes especiales que resultan y en razon, sobre todo, de la posibilidad de oponerles una terapéutica quirúrgica: tales son las varices del *recto* ó *hemorroides* y las varices del *cordon espermático* ó *varicocele*.

Me habia contentado con estas nociones sobre la afeccion varicosa, cuando la observacion clínica me condujo á preguntarme si las venas de los demás órganos no están expuestas (más ó menos) á ser varicosas, esto es, á dilatarse y si ciertos fenómenos de una objetividad oscura no deben ser referidos á congestiones en todo punto comparables á las crísis hemorroidarias clásicas. La proposicion no es improbable *á priori*, pero fueron necesarias prolongadas observaciones para poder llevar la conviccion respecto de fenómenos, cuya interpretacion no puede fundarse más que sobre datos en parte conjeturales.

En la primavera de 1867, fuí consultado por uno de mis amigos que en el curso de una salud floreciente, fué atacado de hematuria acompañada de pesantez y detencion dolorosa de la pelvis. La cantidad de sangre fué insignificante, sucedió aún que ciertas micciones no contenian nada, cuando, á consecuencia de la ingestion algo copiosa de bebidas diluyentes, la emision de la orina fué pronta, frecuente y relativamente abundante.

Estos accidentes duraban desde quince dias atras, cuando me fué preguntada mi opinion.

El médico habitual del enfermo y un especialista llamado en consulta, habian opuesto á este estado el uso interno de los diversos astringentes, y finalmente las preparaciones de percloruro de fierro. Con la institucion de este tratamiento, concidió una agravacion de los síntomas subjetivos.

El sugeto, hombre de 45 años, de buena constitucion aparente, pertenecia á una familia de artríticos. Su padre, de elevada estatura, vigoroso hasta su muerte que acaeció á los 82 años, no sufrió más que de hemoptisis que cesaron á la edad de 50 años. Un hermano en el que he visto producirse hemoptisis extremadamente abundantes y que ofrecia tambien todos los atributos de una buena salud, si hubiera sido atormentado por crísis de cólicos hepáticos, ordinariamente sordos, pero otros clásicamente agudos. En los tres, congestiones hemorroidarias discretas, no fluentes.

Consultado por el insuceso de los hemostáticos, me pregunté si el estado varicoso del recto, que no decidia crísis hemorrágicas, pudiera existir tambien en el bajo fondo de la vejiga y produjera un poco de hematuria. La suposicion me pareció admisible y prescribí, dos veces por dia en un vaso de agua, 25 gotas de *tintura de Cardo María*. Esta medicacion produjo inmediatamente una mejoría de lo que se me permitirá llamar el tenesmo perineal. La hematuria cesó al cabo de algunas horas.

La aventura se reprodujo una vez antes de la muerte del enfermo que acaeció 5 años más tarde en Austria á consecuencia de un "tifo abdominal" hemorrágico. El uso inmediato del *Cardo María* detuvo la hematuria desde el principio.

La eleccion del *Cardo María* procedia del empleo que habia visto hacer en el hospital militar de Gros-Caillou por Worms, que lo habia encontrado indicado por Rademaker contra las congestiones hepáticas en general y especialmente contra las que aparecen periódicamente en los litiásicos biliares. Worms empleaba, sobre todo, el cocimiento de semillas y rara vez la de tintura. De aquí partí para ensayar las preparaciones de semillas de *Cardo María* contra la tension dolorosa de las congestiones hemorroidarias; y los resultados obtenidos me parecieron satisfactorios para conducirme á recurrir en análogas circunstancias en que una patogenia semejante me parecia poder explicar fenómenos que, no obstante la diferencia de sitio, presentaban cierto número de rasgos comunes, particularmente un dolor gravativo capaz de ofrecer todos los matices de intensidad, desarrollado en una region que presente á un grado variable un empastamiento edematoso.

Desde esta época, es decir, desde hace veinte años, mi práctica ginecológica me ha ofrecido un vasto campo de estudio y numerosos ejemplos; confusos primero, más claros cuando mi atencion se fijó sobre ellos, de edemas dolorosos imputables á éxtasis varicosas.

Los casos en que esta disposicion varicosa existe en la mujer, en la uretra ó en el meato, son de una observacion fácil y se encuentran frecuentemente. Se les encuentra coexistiendo ó nó con hemorroides anales que rara vez ocasionan hemorragias, pero casi constantemente disurias muy penosas. En algunos casos el dolor es atroz y se prolonga hasta el punto de representar crísis continuas de muchos dias de duracion.

En todos mis disúricos varicosos prescribo primero la tintura de *Cardo María*—20 gotas en un vaso de agua, mañana y tarde—pero este paliativo es á menudo insuficiente. El medio curativo á que recurro entonces, medio imitado del tratamiento que ha aplicado Foutan, de Lyon, á las hemorroides es la dilatacion brusca de la uretra. Yo practico esto, con un especulum de Blanchet, cuyas valvas hago alargar 7 centímetros. Basta, á menudo, una sola dilatacion; algunas veces, he debido repetirla al cabo de 6 meses; en un solo caso, que he perdido de vista, estas dos dilataciones fueron insuficientes. En gran número de enfermos que he podido seguir, el

beneficio se ha mantenido despues de diez y doce años.

Hay una localizacion varicosa que he debido encontrar frecuentemente y cuya naturaleza he desconocido hasta que la he sospechado bajo este punto de vista conjetural que ha justificado la terapéutica.

Se trataba de una mujer de 35 años de edad á la que asistia desde ocho años atras por un infarto uterino que la hacia sufrir continuamente. Este padecimiento, mejorado por la faradizacion, ofrecia reincidencias frecuentes, reincidencias que creia explicar por la coexistencia de una dismenorrea membranosa tipo, que cedia fácilmeute á mis inyecciones intra-uterinas de jabon yodurado.

Pequeños tumores hemorroidales que no sangraban nunca; varices y disuria para los que practiqué dos veces la dilatacion; algunos años atras fué atacada dos veces, con un año de intervalo, de una afeccion abdominal muy dolorosa, casi apirética, que cada vez la mantuvo 6 semanas en el lecho, dejándola muy debilitada.

En uno de estos accesos, caracterizado por un dolor intensísimo de la region del hipocondrio derecho, fiebre moderada, inapetencia, dolor intolerable de la region ovárica; prescribí: la tintura de digital al interior y la infusion de hojas en irrigacion vaginal; sulfato de quinina á la dósis de 1 ó 2 gramos por dia y unciones de aceite de beleño alcanforado, y de ungüento napolitano. Este tratamiento fué completamente ineficaz.

Durante el cuarto dia, prescribí la tintura de *Cardo María*, no aún con la pretension de hacer de este medicamento el todo de la medicacion, sino como adyuvante dispuesto á atenuar una condicion que podia representar uno de los componentes de un aparato morboso complexo.

Al cabo de dos ó tres horas, noté un marcado alivio; despues, la enferma pudo dormir; al siguiente dia la situacion se habia trasformado. La convalecencia duró una semana próximamente.

(Continuará.)

EL CLOROFORMO EN LA TRAQUEOTOMÍA.—El Sr. Monod ha tenido ocasion de practicar tres veces la traqueotomía con el cloroformo, y sus enfermos murieron; sin querer atribuir la muerte al cloroformo, piensa que da lugar á ciertas dificultades, no pudiendo el enfermo expulsar la sangre que entra en las vías respiratorias, sobre todo, tratándose de casos de osificacion de la laringe.

El Sr. Terrier juzga que en los casos de osificacion de la laringe, la anestesia es de gran ayuda para el cirujano, puesto que le da el tiempo necesario para obtener la hemostasis.

EFECTOS ANESTÉSICOS DE LA ELEBOREINA POR VENTURINI Y GASPAIRINI.—Estos autores, investigando la accion de la eleborcina, han descubierto en ella una preciosa propiedad: es un anestésico cierto y más ventajoso que la cocaina en la terapéutica ocular.

Hé aquí las conclusiones de su trabajo:

La eleboreina, aun en solucion muy diluida (3-4 gotas, cada gota contiene ½ milígramo de sustancia), instilada en el saco conjuntival produce la anestesia completa de la cornea, sin irritar la conjuntiva. Esta anestesia dura media hora ó un poco más, miéntras que con la eritropleina dura más de 24 horas, aun empleando dósis muy pequeñas; con la cocaina desaparece en un tiempo tan corto que no permite verificar sin renovar la instilacion. La anestesia elebórica, no ocasiona ninguna relajacion de los párpados y no produce ninguna variacion de la presion intra-ocular.

La eleboreina produce la anestesia local en todos los puntos en donde se inyecta por la vía hipodérmica; pero como tiene una accion cardio-tóxica muy enérgica, es preciso obrar con prudencia para hacer esta aplicacion ó lo que es mejor, abstenerse de ella para otras regiones que no sean la region ocular.

GINECOLOGIA.

NUEVO PROCEDIMIENTO DE PALPACION DEL ÚTERO Y DE LOS OVARIOS.—El Sr. Emerich Ullmann comunicó hace tiempo á esta Sociedad un nuevo procedimiento de palpacion del útero y de los ovarios con el *colpeurynter* introducido en el recto. Las experiencias hechas en el cadáver han demostrado que si se llena el globo, introducido en el recto, de 200 á 300 gramos de líquido, la vejiga vacía, el útero y sus anexos se elevan en alto y adelante, hácia la cara posterior de la pared abdominal.

Cuando la vejiga está mitad llena, se obtiene al mismo tiempo una rotacion del útero, su borde izquierdo se aplica contra la pared abdominal, mientras que el derecho queda ocultado en la profundidad, los ovarios cambian de lugar en el mismo sentido.

En el vivo, la introduccion en el globo rectal de 200 á 250 gramos de agua, permite la exploracion de las dos caras del útero, de los ligamentos anchos y de los ovarios. Es necesario que el *colpeurynter* no sea demasiado extendido so pena de producir desgarraduras del recto.—*Ulrich Steimbach.*

DE LA DILATACIÓN DEL ÚTERO PARA CONTENER LAS HEMORRAGIAS, DEBIDAS Á LA METRITIS AGUDA Ó CRÓNICA Y Á LOS FIBROMAS UTERINOS.—Segun M. Terrier, hay que estudiar un hecho aún poco conocido y que ofrece alguna importancia en las enfermedades uterinas.

Hoy, más que nunca, y por diversos motivos (entre otros la presencia de microbios en la cavidad ute-

rina de las mujeres afectadas de metritis), la intervencion quirúrgica es de una importancia capital en las enfermedades del aparato genital femenino, y lo que de las salpingitis se sabe, viene en apoyo de esta opinion. Un caso particular de estas intervenciones merece ser estudiado bajo todas sus formas: la dilatacion uterina para hacer cesar el escurrimiento sanguíneo de las metritis. Basta algunas veces hacer esta dilatacion más ó menos forzada para curar la afeccion uterina; en otros casos, y se puede decir que es lo más frecuente, combinada con la raspa se llega á obtener una curacion relativamente rápida, si se la compara á lo que pasa de ordinario en casos análogos.

Para hacer dicha dilatacion, M. Terrier se sirve primeramente de tallos de laminaria, despues de esponjas preparadas.

Se pone aséptica la enferma, hasta donde es posible por medio de inyecciones intra vaginales, de una solucion de bicloruro al ½ milésimo primero, despues al milésimo. Es esta la primera, la condicion *sine qua non*, de toda intervencion quirúrgica en el útero, ora se vaya á obrar sobre el cuello, ora se penetre en la cavidad del cuello ó del cuerpo. Util es, al mismo tiempo, colocar á la entrada de la vagina un tapon de ouate iodoformado, que juntamente con las inyecciones, mantiene la asepsia de las partes genitales internas.

Varios dias despues de este tratamiento preparatorio (M. Terrier cuenta por lo comun 8 dias), se puede comenzar la dilatacion. Para ello se sirve M. Terrier de tallo de laminaria y de esponjas preparadas. Estas dos sustancias estarán colocadas permanentemente en vasos que contengan una solucion saturada de iodoformo en éter y serán llevadas directamente de esta solucion á la cavidad del cuello ó del cuerpo.

Además, con el fin de facilitar la introduccion del tallo de laminaria ó del cono de esponja preparada, se unta de vaselina iodoformada.

No siempre es fácil al principio introducir la laminaria, y es bueno antes de intentarlo, darse cuenta de la situacion del cuello por medio del tacto y por el exámen con el espejo. Está por demás decir que el espejo se ha de sacar de una solucion antiséptica (agua fenicada débil ó licor de Van Swieten, aunque tiene el inconveniente de alterarlo y opacarlo), y en seguida se engrasa con vaselina biclorurada ó iodoformada. Tambien la mano del operador debe ser perfectamente lavada y hecha aséptica por su inmersion en la solucion fenicada débil ó biclorurada, y el dedo untado de vaselina biclorurada.

A menudo se necesita agregar á este exámen el *cateterismo* uterino: M. Terrier siempre lo ha hecho en estos casos y nunca ha tenido accidente; emplea el histerómetro del Dr. Caulet, histerómetro que ha presentado á la Sociedad de Cirujía en 1887. Como este instrumento que no es más que una bujía de goma elástica mantenida sobre un eje metálico, es fácil de reemplazarla despues de cada exámen, si se teme una intoxicacion cualquiera, de una á otra enferma. Además, antes de utilizar la bujía se la puede bañar en una solucion de bicloruro al 100° y servirse de ella despues de algunos instantes, teniendo cuidado de engrasarla con vaselina biclorurada. Este cateterismo suministra inmediatamente datos acerca de la permeabilidad del cuello, de la dimension de la cavidad uterina (si es posible penetrar á ella), en fin, de su direccion, lo cual tiene importancia para las flexiones uterinas y para los cuerpos fibrosos intra parietales, que á veces desvían ú obturan en parte ya el cuello, ya la cavidad misma del útero.

Con frecuencia sustituye al histerómetro, cuando la abertura del cuello es pequeña, una simple bujía olivar más ó menos fina con la cual es más fácil penetrar en el canal cérvico uterino. Tomadas estas precauciones se debe comenzar la dilatacion, lo que no siempre es sencillo.

Hemos dicho que puede uno encontrarse en presencia de un cuello muy estrecho. Frecuentemente M. Terrier ha conseguido dilatarlo con fuertes tallos de laminaria; pero en rigor se podrian utilizar, como lo ha hecho en más de una ocasion, las cuerdas delgadas de tripa que se untan de vaselina biclorurada. Para mayor seguridad podrian ponerse antes en la estufa seca, aunque siempre ha bastado la vaselina con sublimado.

Por lo comun no se penetra sino en el cuello y es en él donde primero se hace la dilatacion, sea que se obre con la cuerda de tripa, sea que se tomen finos tallos de laminaria; pero cuando hay catarro del cuello, se desliza y parece expulsado hácia afuera por una contractura del cuello. Es probable que las más veces se trate en estos casos de un simple fenómeno físico, y no siempre de un fenómeno de órden vital. En dichos casos, ó bien se debe llevar el tallo dilatador tan lejos como se pueda, manteniéndolo por un tallo rígido mientras que se introduce un tapon de ouate en la vagina hasta el cuello, tapon que debe oponerse á la salida de la laminaria, ó bien se debe disminuir la extension de la laminaria, contentándose con no dilatar primero sino la parte inferior del cuello para ir en seguida más lejos.

Es esta, pues, una cuestion de paciencia tanto por parte del médico, como de su enferma. Sin embargo, hay que señalar un punto importante en estas maniobras, á saber: cuando se trata de una an-

teversion exagerada del útero estando dirigido el cuello hácia la excavacion sacra. En este evento, ha acontecido que no se ha podido absolutamente introducir la laminaria por el orificio del cuello. Entonces se la debe colocar ora con el dedo sin ayuda del espejo (lo cual no es fácil y sobre todo, no se tiene la seguridad de que haya quedado en su sitio, porque al sacar el dedo puede salirse del cuello), ora desalojar el cuello tomando el labio anterior con una pinza de garfios y tirándolo hácia adelante y arriba.

M. Terrier ha hecho á menudo esta inocente aunque dolorosa maniobra, porque la pretendida mobilidad del cuello uterino, es casi clásica, pero inexacta.

Levantado el cuello é introducida la laminaria, se debe cuidar de poner en el *foado de saco* posterior uno ó varios tapones protectores, pues muchas veces acontece que: el útero abandonado á sí mismo vuelve á su primitiva posicion, y el tallo de laminaria que tiende á salir de la cavidad del cuello, tropieza contra la pared vaginal. Además, este tallo puede determinar rápidamente una ulceracion á veces bastante profunda que ya en un caso ha sido inquetante.

Los tapones protectores tienen dos objetos: levantan el útero y lo mantienen más ó menos bien en situacion casi normal; impiden la ulceracion de la pared de la vagina por el tallo de la minaria.

Aconseja M. Terrier comenzar y seguir la dilatacion con tallos de laminaria, aumentando poco á poco su calibre antes de recurrir á la esponja preparada. Hé aquí por qué: el tallo de laminaria puede colocarse con bastante facilidad hasta el fondo de la cavidad uterina (salvo hechos excepcionales de altura anormal de esta cavidad), y en todos los casos el tallo franquea el istmo uterino que presenta siempre á la dilatacion, mayor dificultad que las otras partes del útero.

Si al contrario, se usa desde luego de la esponja preparada, que tiene una disposicion conoide, por lo comun, no se franquea el istmo, ó bien la esponja desliza fácilmente y no se llega á dilatar ámpliamente más que el cuello solo, sobre todo, cuando el cuello está alargado é hipertrofiado. Acaba de ocurrir este hecho á M. Terrier en dos casos, en los cuales quiso dilatar muy rápidamente el cuello: el istmo, en parte, habia retrocedido y fué á través de un verdadero estrechamiento que se pudo llegar á la gran cavidad uterina.

Cuando se haya uno asegurado que el dedo pequeño puede franquear el istmo, se debe obrar con la esponja preparada, utilizando conos más y más voluminosos; así se puede llegar á una dilatación tal, que el exámen de la cavidad uterina y de su pared, es de los más sencillos.

No es preciso insistir sobre la importancia de estos resultados al punto de vista del diagnóstico; pero lo que más nos interesa aquí es que desde que la dilatacion ha comenzado, el escurrimiento sanguineo cesa del todo ó casi completamente y es reemplazado con frecuencia por un escurrimiento seroso ó sero-sanguinolento de color negruzco. Si la metritis se acompaña de escurrmiiento mucoso de aspecto gelatiniforme, éste desaparece tambien y se sustituye por esta secrecion serosa ó sero-sanguinea.

Cuando se practica la dilatacion uterina y se desea obrar rápidamente, se puede, sin grave obstáculo, renovar todos los dias el tallo de laminaria ó la esponja preparada. Al principio suelen presentarse accidentes dolorosos y sobre todo, retencion de orina; pero estos fenómenos se mejoran en general y en estos casos no ofrecen ningun peligro.

Si, al contrario, se obra lentamente, lo que es preferible, en tésis general, se ahorran dolores y la dilatacion se puede efectuar sin ningun sufrimiento. En este caso se renovará la dilatacion cada 2 ó 3 dias. Pero aquí se presenta un inconveniente fatal y es, que obrando entre la época de las reglas, pueden éstas aparecer cuando se opera. Antes, M. Terrier, esperaba con paciencia y volvia á comenzar la dilatacion ulteriormente, perdiendo tiempo; pero siempre mucho menos del que se pudiera creer, porque quedaba el útero dilatado, sobre todo, si la dilatacion tenia ya algo adelantado. Despues la casualidad le ha enseñado que una mujer podia tener sus reglas con una esponja preparada en el útero.

(Continuará).

FORMULARIO.

Pocion contra la tisis al segundo y tercer grado.—(Vulpian).

Hipofosfito de sosa........	1.50 gram.
Jarabe de Tolú...........	70.00 ,,

Mezclad:

A tomar por cucharadas de hora en hora en una taza de tisana pectoral ó de leche tibia.

Jarabe anti-artrítico.—(Bazin).

Jarabe de saponaria.......	500 gram.
Bicarbonato de sosa.......	6 á 10 ,,

Haced disolver: dos cucharadas grandes por dia.

Emplasto de mentol contra las nevralgías.—(Dieterich).

Emplasto simple	75	partes.
Cera amarilla	10	,,
Trementina	5	,,

Mezclar y agregar

Mentol	10	partes.

Para aplicar *loco dolenti.*

(Helfenberger Annalen).

Linimento contra las quemaduras.

Aceite de olivo	6
Salol	1
Agua de cal	6

(Centrallatt für Therapie).

El capparis coriacce en la epilepsía.

Esta planta del Perú y la Bolivia produce un fruto, el simulo, que en manos del Dr. Hule White, profesor de Materia Médica y Terapéutica en "Guys-Hospital," ha dado excelentes resultados en numerosos casos de epilepsía. La forma empleada es una alcoholatura; este medicamento (se dice), es superior á los bromuros frecuentemente preconizados.

Tratamiento de la difteria por el percloruro de fierro y la leche.

Mohammed-ben-Nekkach médico de Oran, expuso en el congreso médico de esa poblacion, que habia curado 21 casos de difteria con la siguiente medicacion:

Percloruro de fierro á la dósis de 25 á 30 gotas en un vaso de agua (esta solucion se renueva cada vez que se agota); un litro de leche por dia: una cucharada de cada uno de estos medicamentos cada 5 minutos. Como adyacentes: los vomitivos, las unciones en la garganta, de percloruro de fierro (tres veces al dia). El Dr. Simon administra sistemáticamente el peroloruro de fierro en la difteria.

TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES CATARRALES.
TERPINA Y TERPINOL.

Dos nuevos medicamentos, la terpina y el terpinol, se han introducido recientemente en la terapéutica; estos dos cuerpos, que son antisépticos volátiles, tienen marcada accion sobre las afecciones bacilares y catarrales.

El empleo difícil y desagradable de la copaiba y la trementina en el tratamiento de estas enfermedades, queda suprimido por la adquisicion de estos compuestos.

La *terpina* es un hidrato de trementina que se obtiene hidratando este cuerpo por medio del ácido azótico. Adrian ha podido aislar este cuerpo por un procedimiento descrito en *Los Nuevos Remedios* del año de 1885. Presenta, al estado puro, la forma de magníficos prismas de color blanco y reflejos brillantes.

Tratando la terpina por un ácido, se obtiene, por destilacion, un líquido ligero, de consistencia de esencia, dotado de un olor intenso de tuberosa y gardenia, extremadamente agradable: este es *el terpinol.*

La Terpina es un diurético y poderoso modificador de la orina, y las secreciones brónquicas. Cuando se adiciona ácido azótico á la orina de personas que han ingerido *terpina,* se forma un depósito resinoide que no debe confundirse con la albumina; este depósito es una prueba de la eliminacion de la terpina por el aparato urinario.

La accion del terpinol se hace sentir, sobre todo, en el pulmon, en razon de que se elimina completamente por los bronquios. Por su poca solubilidad en los exipientes ordinarios, M. Adrian ha preparado un *elixir de terpina* dosificado á razon de 015 centígramos por cada cucharada y píldoras que contienen igualmente 15 centígramos. Estas preparaciones se emplean sobre todo en las enfermedades de la vejiga á la dósis de 2 á 6 cucharadas ó 2 á 6 píldoras en las 24 horas.

El terpinol, á causa de su fuerte olor, solo puede usarse en cápsulas que encierran diez centígramos cada una, de 5 á 10 por dia.

TIP. DE DUBLAN Y COMP.

VOL. I. México, Julio 1º de 1888. NUM. 9

REVISTA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO BIMENSUAL DIRIGIDO POR EL DR. JOSE RAMOS.

DIRECCION Y REDACCION:
REFUGIO NUM. 15, ENTRESUELO,
DESPACHO DE LOS SRES.
E. DUBLAN Y COMP.
Administrador y propietario: Dr. Manuel Barreiro.
Apartado en el Correo núm. 619.

PRECIOS DE SUSCRICION:
EN LA CAPITAL
Por un mes.....................$ 0 50
Por seis meses..................... 2 50
EN LOS ESTADOS
Por un mes.....................$ 0 62
Por seis meses..................... 3 00

PRENSA EXTRANJERA QUE RECIBIMOS PARA LA FORMACION DE LA REVISTA:

"Gaceta Médica de Paris."—"Gaceta de los hospitales civiles y militares de Paris."—"Periódico de las Sociedades Científicas."—"Revista Científica."—"La Naturaleza."—"Gaceta Hebdomadaria."—"Revista de Medicina," de Bouchard, Charcot y Chauvau.—"Anales de las enfermedades de los órganos genito-urinarios."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Lúcas Championière.—"Periódico de Medicina de Paris," de Lutaud.—"Boletin de la Academia de Medicina."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Bruselas.—"El Electricista."—"El Tiempo Médico," de Filadelfia.—"El Registro Médico."—"El Mundo Médico."—"Anales de Ginecología," de Boston.—"La Lanceta," de Lóndres.

SECCION EDITORIAL.

MIOMOTOMIA.

Llámase mioma uterino á una parcial hiperplasia del tejido uterino; si la hiperplasia del tejido conjuntivo predomina, el tumor recibe el nombre de *fibromioma.* La Etiología de estos tumores es desconocida. Los miomas son muy comunes, ellos se presentan en todas las edades.

Según el lugar que ocupan, distínguense tres clases de miomas; el subperitoneal, el intersticial y el submucoso llamado pólipo fibroso de Virchow. Hay además una forma especial de miomas; cystomioma, que á causa de las dificultades del diagnóstico diferencial, principalmente con los cistomas del ovario, ha despertado fuertemente la atencion de los especialistas.

Ellos llegan á adquirir tamaños colosales y su sitio varia siendo ya submucosos ó subperitoneales. Sobre la causa de estos tumores, no se ha llegado aún á un perfecto acuerdo. Cierto es, sin embargo, que en algunos tumores se forman senos linfáticos, llenos de linfa y cubiertos de endotelio.

No me detendré en hablar de los síntomas que cada una de estas especies de tumores puede originar; solo me ocuparé de los medios quirúrgicos que poseemos, hablando un poco de la miomotomía, de su estadística y del mejor procedimiento quirúrgico, añadiendo algunos grabados para la mejor inteligencia. Se comprende fácilmente que segun el sitio que ocupe el tumor, así variará la manera de operar.

El mioma es subperitoneal y bien pediculizado. Después de haber hecho la laparotomía con todas las precauciones antisépticas de costumbre y haber descubierto el tumor, la operación es sencilla, pues se reduce á ligar el pedículo y separar el tumor, ó bien desprender todo el pedículo haciendo un corte en forma de cuña en el tejido uterino, suturando éste, por medio de puntos profundos ó superficiales que reunen el peritoneo; en seguida se hace la *toilette* del vientre, se reponen los intestinos si ha habido eventración, y se cierran las paredes del vientre.

El tumor es intersticial y no es fácil separarlo del cuerpo de la matriz, entonces está indicada la *Amputación supravaginal,* operacion que siempre habia sido temida por la gran pérdida de sangre que la acompañaba, hasta que Péan descubrió la manera de evitar la hemorragia.

Se valia de cuatro hilos metálicos con los que limitaba el tumor, que cortaba por partes, hasta que llegaba al cuello de la matriz, que fijaba, así como las ligaduras, en la herida del vientre. Mucho más sencillo que este procedimiento, fué el que mi profesor A.

Martin usó por primera vez en 1876, valiéndose de los tubos elásticos de Esmarch.

Martin liga el cuello de la matriz que le va á servir de pedículo como lo muestra la figura núm. 1, valiéndose de un tubo elástico del grueso del dedo meñique y tomando con el asa los ligamentos laterales de la matriz. Divide despues el tumor en la dirección de las líneas AB. BC. BD. á 2 céntmos arriba del tubo: de modo de formar una cuña, como se

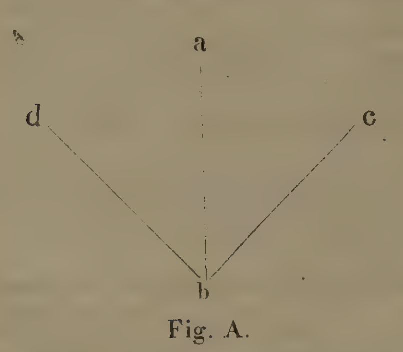


Fig. A.

ve en la figura A. Por medio de la ligadura, se puede dividir el tumor sin perder una sola gota de sangre. Muchas veces he visto al profesor Martin abrazar con el tubo una parte de la vejiga, sin que esto le preocupase.

Despues de la seccion en forma de cuña ya mencionada, Martin desinfecta el canal uterino, tocándole ligeramente con una esponjita impregnada de sublimado al $^1/_{1000}$, y sutura en seguida el canal y el pedículo que que-

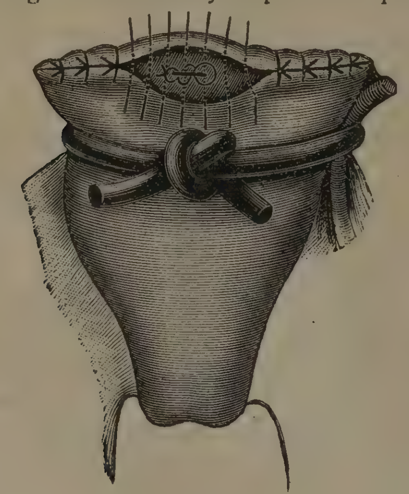


Fig. 1.

da, como lo indica la figura 1. Deshace el asa elástica, y, si la herida no sangra más, hace la canalizacion por medio de una sonda en T como se ve en la fig. núm. 2. Esta sonda se coloca de la manera siguiente:

Introdúzcanse los dedos, índice y medio de la mano izquierda dentro del canal hasta llegar al fondo de saco posterior.

Distiéndase este fondo de saco con los dedos, y con la mano derecha, armado de unas pinzas de curacion, largas y fuertes, atraviésese de un solo golpe todo el espacio limitado por los repliegues de Douglas; de tal manera, que los dedos reciban el golpe y protejan las paredes de la vagina. Hecho esto, diríjase la punta de las pinzas hácia la entrada de la vagina para poder tomar las ramas transversales del tubo en T de que hemos hablado y retírense las pinzas por donde se les hizo penetrar, dejando el tubo colocado en la posicion que marca la figura núm. 2.

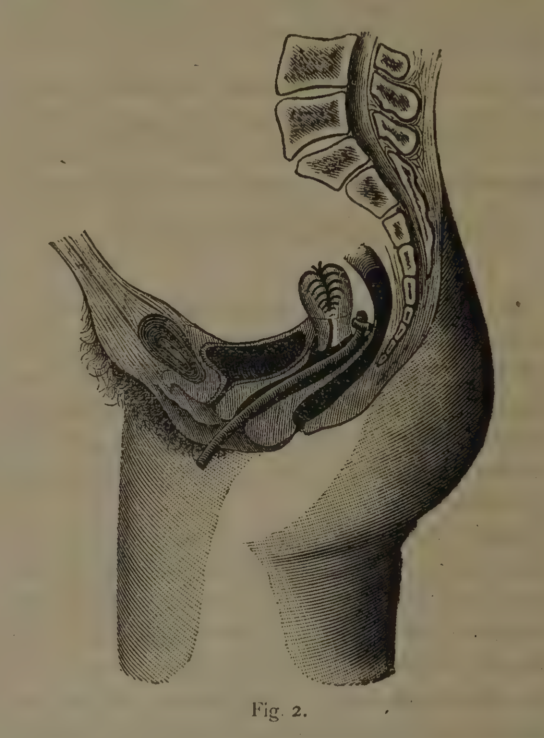


Fig. 2.

Lavado el muñon (y el intestino si ha habido eventracion), se suturan las paredes, siguiendo, en un todo, las reglas clásicas de la laparotomía.

Mas para evitar el acceso del aire á la cavidad abdominal, es indispensable replegar sobre sí mismo el tubo que sale por la vagina, y llenar el canal de ouate salicilado.

Desde el primer dia, aparece un escurrimiento sanguinolento; cuando este escurrimiento llega á ser franco y abundante. se desdobla el tubo, de modo que su extremidad salga por la vagina rodeándole siempre de

ouate salicilado que se renueva frecuentemente.

Una sensacion de malestar en la region umbilical que se marca del cuarto dia en adelante, indica que se debe retirar el tubo, lo cual es sumamente fácil.

Como comprenderá el lector, este nuevo procedimiento de Martin ha venido á simplificar de tal manera la operacion, que por ella se pueden extirpar, de una sola vez, tumores voluminosos, quedando cerradas las paredes del vientre, lo que disminuye mucho los peligros de la curacion y las molestias del enfermo.

DR. RICARDO FUERTES.

(*Continuará*).

CONSIDERACIONES

DE DIÓPTRICA FISIOLÓGICA SOBRE EL PUNTO PRÓXIMO, EL PUNTO REMOTO Y LA AMPLITUD DE LA ACOMODACION.—APLICACIONES PRÁCTICAS DEL MÉTODO DE DONDERS, PARA LA DETERMINACION DE ESTOS VALORES.

(*Concluye*).

Supongamos por último, que se trata de un ojo hipermétrope; si el individuo observado es un jóven, y si como es comun en este vicio de refraccion, el poder acomodador está intacto, es indudable que el observado podrá leer claramente hasta los últimos caractéres de la escala tipográfica, colocada á cinco metros de distancia. Este hecho, á primera vista incomprensible, se explica satisfactoriamente, atendiendo á que el sujeto en observacion contrae de una manera instintiva é inconsciente su músculo acomodador, para suplir con la lente adicional de la acomodacion, la falta de poder refringente de su cristalino en el estado de reposo. En este caso la hipermetropía será *latente* en su totalidad. Es tan cierta esta explicacion, que si se emplea préviamente la atropina en el caso supuesto, el individuo dejará de ver los caracteres de la escala, pues aquel alcaloide paralizando el músculo acomodador, impedirá que el cristalino se haga más refrigente, aumentando la convergencia de sus caras, y como en el estado de reposo el ojo hipermétrope no puede reunir sobre la retina las rayas paralelas, éstos tienden á formar su foco más allá de dicha membrana; no habrá por lo tanto nitidez en la imágen, y solo podrán leerse algunos caracteres más ó menos grandes, segun el grado de la hipermetropía. En análogas condiciones, el ojo emétrope podria leer aún todos los caracteres, puesto que dicho ojo no necesita ningun esfuerzo para reunir los rayos luminosos sobre la membrana sensible, bastando para esto, el poder refrigente del cristalino en el estado de reposo; si acaso se presenta en estas circunstancias alguna dificultad para la lectura de lejos, esto depende tan solo del deslumbramiento originado por la dilatacion pupilar. Es evidente que la lectura de cerca seria imposible para el ojo emétrope, bajo la influencia de la atropina, y con mayor razon para el hipermétrope.

Puede suceder que colocado el hipermétrope en frente de la escala, á la distancia conveniente, solo descifre alguno de los caracteres, dejando de leer los mas pequeños; esto deberá suceder cuando el valor de la hipermetropía sea superior al de la acomodacion; ésta neutralizará entonces una parte, pero no la totalidad del vicio de refraccion; bastará colocar en este caso delante del ojo observado una lente convergente, cuyo valor unido al de la acomodacion iguale al valor de la hipermetropía, para que todos los caracteres, puedan ser leidos fácilmente. En tal caso una parte de la hipermetropía será latente (la que es corregida por la acomodacion), la otra será *manifiesta* (la que solo puede corregirse por medio de la lente), y la suma de las dos será la hipermetropía *total* del individuo examinado; de manera que si designamos esta última por Ht, la manifiesta por Hm, y la latente por Hl, tendremos:

$$Ht = Hl + Hm.$$

Es indudable que si deseamos saber el valor de la hipermetropía total, se debe someter previamente al sujeto á la accion de la atropina, pues le es absolutamente imposible relajar su músculo acomodado cuando ve á lo lejos, tan acostumbrado así está á hacer funcionar constantemente su músculo acomodador; esta costumbre inveterada, es causa frecuente de estrabismo convergente en los niños hipermétropes, pues por solaridad de accion, los músculos rectos internos se contraen al mismo tiempo que el músculo de la acomoda-

cion, y esta contraccion persistente llega á preponderar sobre la de los rectos externos. Las contracciones, más forzadas aún del músculo acomodador, que exige la lectura de cerca, explican los fenómenos molestos y aún dolorosos de la astenopía acomodativa, tan comun en las personas hipermétropes que no usan para ver de cerca las lentes correctoras necesarias.

Lo dicho anteriormente explica tambien, por qué cuando se quiere corregir completamente la hipermetropía total y no solo la manifiesta, empleando lentes de gran fuerza refringente, el individuo no puede leer, pues acostumbrado siempre á acomodar, hay entonces en su ojo un exceso de refringencia, y se encuentra en las condiciones de un miope. Esto explica tambien por qué un hipermétrope puede muchas veces leer á distancia, aún con un vidrio divergente; esto es lo que pasa, cuando su poder de acomodacion puede neutralizar la suma de su hipermetropía (en tal caso latente toda ella), y el poder divergente de la lente cóncava interpuesta.

Todo lo que precede, no es una digresion inútil para mi objeto, pues el estudio que vengo haciendo de las fórmulas analizadas en los artículos anteriores, puede suministrar el medio de determinar la hipermetropía total conocida por dichas fórmulas, la amplitud de la acomodacion, sin necesidad de recurrir previamente al empleo de la atropina. El medio que propongo me parece importante, sobre todo en ciertos casos, pues además de la molestia que origina aquel midriático, su empleo es peligroso en las afecciones glaucomatosas, y como es sabido, uno de los síntomas iniciales del glaucoma, consiste en la produccion brusca de la hipermetropía y de la presbiopía, ó en su exageracion si ya existian desde antes, siendo útil en tales casos conocer el valor exacto de estas anomalías de refraccion y de acomodacion.

Para proceder con órden, me ocuparé primero de determinar la amplitud de la acomodacion en el hipermétrope, siguiendo el mismo camino que hasta aquí he seguido para el emétrope y para el miope.

Supongamos que se trata de un hipermétrope que colocado enfrente de la escala, puede leer todos los caracteres sin la interposicion de ningun vidrio convergente; previamente se ha diagnosticado la hipermetropía, por medio del exámen queratoscópico por ejemplo. Si despues de que ha leido todos los caracteres, se coloca delante del ojo descubierto un vidrio convexo débil, de una dioptría verbigracia, tendrá al principio el individuo examinado, cierta dificultad para leer las mismas letras, lo cual se debe á que, como antes hemos dicho, está acostumbrado á hacer intervenir constantemente su acomodacion, y no es sino poco á poco como puede relajar su músculo acomodador; despues de cierto tiempo de ejercicio, la lectura será posible, lo cual no pasará nunca en un emétrope. Se hace pasar en seguida el vidrio núm. 1, 50 y aun será posible la lectura; supongamos que con la lente convexa 2 D aun puede leer el observado, no siéndole ya posible hacerlo con el vidrio 2, 50. La hipermétrope manifiesta será, pues, de 2 D.

Se le deja reposar algunos minutos y se hace pasar en seguida el vidrio cóncavo núm. 1; si la lectura es posible se hace pasar el núm. 2, y luego el número 3; supóngase que con el núm. 4 es ya imposible la lectura. Este resultado no debe sorprender, pues á medida que se emplean lentes divergentes más y más fuertes, el hipermétrope hace esfuerzos de acomodacion más poderosos cada vez, á fin de neutralizar la accion de dichas lentes, aun cuando á primera vista parezca una paradoja el hecho de que un hipermétrope puede leer la escala, á pesar de la interposicion de un vidrio cóncavo.

He demostrado ya que en el hipermétrope las fórmulas que he estudiado deben escribirse así:

$$A = N + N' \qquad \frac{1}{A} = \frac{1}{P} + \frac{1}{R}.$$

Si en la primera de estas fórmulas sustituímos por N y N', los valores numéricos que ha suministrado la experiencia, tendriamos:

$$A = 2 + 3 = 5.$$

Lo cual significa, que en el individuo observado, la amplitud de la acomodacion es de 5 D, lo mismo que en el emétrope y en el miope que antes hemos supuesto.

Pudiera tambien aplicarse la fórmula

$$\frac{1}{A} = \frac{1}{P} + \frac{1}{R},$$

así como en el miope pudiera tambien emplearse la ecuacion respectiva

$$\frac{1}{A} = \frac{1}{P} - \frac{1}{R},$$

todo se reduce á cálculos aritméticos que no presentan dificultad alguna.

Lo dicho en todo lo que precede, prueba hasta la evidencia, que el emétrope, el miope y el hipermétrope, pueden poseer la misma amplitud de acomodacion; lo único que varia es el trayecto del espacio en que se ejerce dicha amplitud, es decir, la colocacion respectiva del punto remoto y del próximo; muy lejano en el hipermétrope, hasta el punto de que el remoto está más allá del infinito (en el sentido algebráico de la palabra), coincide con el infinito en el emétrope y está situado á una distancia finita más ó menos corta en el miope. De la misma manera pasa con el punto próximo, que está á mayor distancia en el hipermétrope, á una distancia média en el emétrope y á muy corta distancia en el miope, siempre que éste no sea al mismo tiempo présbita, lo que es posible, en cuyo caso, quedando muy cercano el punto remoto, el próximo puede estar situado más lejos que en el emétrope no présbita; entonces la amplitud de la acomodacion se encuentra en su mínimo, y el mundo visible para el miope desprovisto de anteojos, puede reducirse á un espacio de unos cuantos centímetros. El estudio de las fórmulas que presento, da en mi concepto una idea muy clara de estos fenómenos, difíciles de comprender, sin las sencillas consideraciones algebráicas en que he entrado.

Segun lo dicho en los párrafos anteriores, es fácil determinar el valor de la hipermetropía total, una vez conocida la amplitud de la acomodacion, por el método que acabo de estudiar; en efecto, la hipermetropía total se compone de dos sumandos: la hipermetropía latente que es exactamente compensada por la acomodacion, y la hipermetropía manifiesta, que es el excedente no corregible ya por la accion del músculo acomodador; este último sumando es dado por la experiencia; el primero es igual á la amplitud de la acomodacion, puesto que es enteramente neutralizado por ella; dicho sumando se determina por el medio que acabo de exponer *in extenso;* bastará por lo tanto hacer una simple adicion para encontrar el valor de la hipermetropía total, sin recurrir previamente á la atropina.

He dicho al principio de este artículo que conocidos dos de los términos que entran en las ecuaciones que he estudiado, se puede determinar el tercero, para lo cual basta despejarlo en la fórmula respectiva. El punto remoto es siempre fácil de obtener prácticamente por el método de Donders; en cuanto á la determinacion del punto próximo, puede presentar algunas dificultades, cuando se trate de individuos exageradamente miopes, en los cuales se necesita el empleo de vidrios divergentes poderosos; tales vidrios determinan en efecto, no solo la divergencia de los rayos luminosos, sino tambien la reduccion exagerada de las imágenes, por cuyo motivo las letras colocadas á cinco metros de distancia, llegan á ser poco legibles; este inconveniente no existe para los casos débiles y medios; pero en los que son muy marcados, es necesario tenerlo muy en cuenta. Si se da en tal caso por conocido el punto remoto, que lo determina la experiencia, y si se supone conocida, aun cuando sea aproximativamente, la amplitud de la acomodacion, fácil será determinar el punto próximo; el último dato puede conocerse con cierto grado de probabilidad, por medio de las tablas construidas por Donders, quien despues de numerosas y concienzudas observaciones, calculó el término medio de la amplitud de la acomodacion en diversas edades y en los distintos estados de refraccion.

Supóngase que el miope observado, debe tener 5 D de acomodacion atendida su edad, segun las tablas de Donders; supóngase tambien que el vidrio cóncavo más débil que permite la lectura de los caracteres más pequeños de la escala es de 3 D; es claro que en este individuo el punto próximo se encontrará á 125 milímetros de distancia.

Para demostrarlo, me bastará recordar que la fórmula de la amplitud de la acomodacion que he encontrado para el miope, es la siguiente:

$$A = N' - N.$$

De la cual, cambiando signos y pasando N' al primer miembro, se deduce:

$$N' = A + N,$$

ó sustituyendo por A y por N sus valores:

$$N' = 5 + 3 = 8.$$

Es decir, que el vidrio divergente 8 D, representa el punto próximo del observado, segun las explicaciones que he hecho anteriormente y que juzgo inútil repetir. Ahora bien; el valor métrico de la distancia focal de dicho vidrio, como es bien sabido, es de 125 milímetros; basta para encontrarlo dividir 100

centímetros entre 8, lo que da por cociente 12, 5 centímetros.

He elegido este ejemplo, porque corresponde exactamente al que puse antes, cuando se trataba de encontrar la amplitud de la acomodacion de un miope, sabiendo que el valor del vidrio cóncavo más debil que permitia la lectura de la escala era de 3 D, y que el vidrio cóncavo más fuerte que permitia asimismo dicha lectura, era de 8 D. La ecuacion que para ese ejemplo empleé fué la siguiente:

$$A = N' - N,$$

ó sustituyendo valores de N y de N':

$$A = 8 - 3 = 5.$$

Tal es la comodidad que dichas ecuaciones presentan en la práctica del oftalmologista, muy especialmente del que se dedica al importantísimo estudio de la refraccion, lo que me ha decidido á publicar este pequeño trabajo, sin otro objeto que el de contribuir con un pequeño contingente, á aquel ramo de las ciencias médicas, que posee la precision de las matemáticas, y al cual profeso particular cariño.

México, Julio de 1888.

DR. JOSE RAMOS.

UN CASO DE PIO-PNEUMOTORAX

Tratado por la operacion de Estlander.

El jóven Merced *** de 28 años de edad ha sido sano, de buena constitucion y solo ha padecido las enfermedades propias de la niñez.

Encargado de la administracion de la estacion de Mixcoac de la vía férrea por traccion animal, dice que hará un año próximamente emprendió una tarea corporal fuerte, tratando de desenterrar un objeto voluminoso, trabajando él con la barreta. Despues de varios golpes con ésta, sintió un dolor agudo en el costado izquierdo impidiéndole por completo continuar aquella tarea y necesitó irse á la cama para descansar, ya presa de un intenso calosfrio, lo que le obligó á solicitar los auxilios de un médico.

Fué asistido varios dias que guardó cama, hasta sentirse aliviado aunque no curado de su pleuresía, la que ocupaba el tercio medio y base de la pleura izquierda, quedando con un dolor persistente en toda la extension de la region invadida.

A principios de Marzo de este año, aparecieron sudores abundantes, calosfrio y elevacion de temperatura todos los dias, haciéndose sensible un abultamiento situado en la region del apéndice xifoide, inclinándose más á la izquierda de dicho apéndice.

La persona encargada de su asistencia médica, creyó conveniente hacer una puncion en dicho punto con el aspirador de Potain, extrayendo una gran cantidad de pus blanco-verdoso bien ligado, diagnosticando, á pesar de estos caractéres, absceso hepático abierto en los bronquios, pues por este tiempo empezó el enfermo á arrojar esputos francamente purulentos con el mismo carácter del que se extrajo por la aspiracion.

No obstante el descanso que obtuvo el enfermo despues de dicha puncion y á pesar de haberse hecho la canalizacion por el sitio de la puncion que dió por varios dias un buen contingente de pus, la abertura fué obstruyéndose rápidamente y lanzado definitivamente el tubo de canalizacion, cicatrizó aquella herida volviendo el paciente á experimentar el mismo malestar acompañado de profusos sudores cuotidianos, con elevaciones térmicas hasta de 40°, y más, anorexia, debilitamiento extraordinario, pérdida completa del vigor y un enflaquecimiento tal, que su aspecto ha sido y es al presente el de un individuo invadido por la tuberculosis de forma sobre-aguda.

En este estado de profundo aniquilamiento, el enfermo consultó con los Dres. Aveleyra y Lavista, los que previo reconocimiento escrupuloso de la afeccion y de su estado general y particularmente una vez confirmada la no existencia del bacilus de Koch en los esputos, le aconsejaron se decidiera á sufrir una operacion, como único recurso para tratar debidamente una lesion de tal importancia, á lo que el enfermo se prestó desde luego con la mejor voluntad.

El dia 22 de Junio á las doce del dia se procedió á la operacion en el pueblo de Mixcoac, operando el Dr. Lavista, cloroformando el Dr. Bandera y de ayudantes los Dres. Aveleyra, Martinez del Campo y el que susbribe.

Previa anestesia, varias veces interrumpida

por repetidos accesos de tos con poca expectoracion, se hizo una incision vertical siguiendo la línea axilar izquierda abrazando las 7ª, 8ª y 9ª costillas y se hizo la hemostasis. 2ª incision siguiendo el borde de esta última costilla hácia adelante, de longitud de 12 á 14 centímetros: hemostasis. 3ª incision en este punto subiendo á encontrar á la 7ª costilla. Olvidaba hacer constar que ante todo se hizo una puncion con trócar grueso precisamente en la extremidad inferior de la primera incision, no dando esta puncion salida á la menor gota de supuracion, pero sí dando la cánula, despues de retirado el trócar, la señal evidente de cavidad amplia en dicha region, por lo que se procedió á trazar en este punto dicha incision.

Una vez formado el colgajo descrito de base superior, se procedió á dividir la capa muscular, aponeurótica y periosto de la 9ª costilla de una sola incision en el borde inferior de ella, evitando así alcanzar la intercostal correspondiente; descubierto completamente el hueso con el despega-periosto de Ollier, se resecó en la extension de 12 cent.; de la misma manera se resecó igual porcion de las 8ª y 7ª costillas consiguiendo así una amplia ventana por donde empezó á escapar, tan luego como se dividió la pleura en la direccion costal, el pus á borbotones bruscos é interrumpidos, correspondiendo á los movimientos de inspiracion. Despues se acabó de extraer el que quedaba en el fondo del saco costo-diafragmático, así como las natas fibrino-purulentas que cubrian las caras pleurales visceral y parietal, por medio de bolitas de algodon antiséptico montadas en pinzas de Pean y ligeramente humedecidas en solucion de bicloruro de mercurio al uno por dos mil.

Una vez perfectamente aseada la cavidad pleural, se pudo ver la perforacion pulmonar de bordes rosados, perfectamente circular, como de 0,ᵐ016 de diámetro y situada en la línea axilar al nivel de la 8ª costilla próximamente.

Ya desocupada completamente la pleura, desapareció por completo la tos que molestaba al enfermo á pesar de la anestesia clorofórmica, continuando ésta sin el menor accidente y pudiendo observar que los movimientos de dilatacion pulmonar eran amplios y perfectamente regulares.

En seguida se suturó la herida quirúrgica consiguiéndose aplicar bastante bien esta pared sobre la superficie pulmonar y quedando casi completamente borrada aquella cavidad que habia estado encerrando cerca de 1,500 gramos de pus.

Se colocó un tubo desinfectado para favorecer el escurrimiento de los líquidos que en adelante pudieran allí depositarse, y se hicieron las suturas de puntos separados con crin de Florencia, comprendiendo éstas todo el espesor de los tejidos divididos, esto es, de la piel á la pleura. Esta se encontró notablemente engrasada, midiendo cerca de 0,ᵐ004 de espesor.

Con objeto de favorecer la cicatrizacion de la fístula pulmonar, sus bordes fueron ligeramente raspados con la cucharilla de Volkmann, lo que la hizo sangrar ligeramente.

Una vez terminada la operacion y aplicada la curacion Listeriana con el mayor rigor hasta en sus menores detalles, fué trasportado el enfermo á su cama en donde recobró á poco rato su conocimiento.

La temperatura al terminar la intervencion fué de 36°7, habiendo sido de 36°9 al empezarla.

Su pulso algo concentrado al terminar se mejoró despues de media hora, habiéndose aplicado una inyeccion hipodérmica de 1 gramo de éter sulfúrico.

En la noche de ese dia, hubo alguna inquietud y temperatura de 39° y 3 ó 4 décimos.

La temperatura del dia siguiente fué de 38°, su estado general, mejor.

Dia 24: se cambió la curacion por tener alguna molestia el enfermo al nivel de la herida. Sustitucion del tubo por otro de menor calibre, 0,ᵐ003 de diámetro: muy poca supuracion; bastante apetito.

Los dias subsecuentes, temperatura normal y estado general completamente satisfactorio.

Desde luego se deduce de este caso la importancia de la intervencion oportuna y tambien intervencion apropiada al estado patológico.

La operacion, verificada con acierto y sin producir un traumatismo mayor del necesario, debe entrar en línea de cuenta. La administracion bien cuidadosa del anestésico en casos análogos, tiene de seguro una importancia capital, pues la cirujía pulmonar bajo

anestesia puede muy fácilmente comprometer la vida del paciente. Llamaré por último la atencion sobre la asistencia acertada de los ayudantes, pues de ella dependió la verificacion de la operacion en su totalidad en el espacio de 80 minutos; todos estos factores son de suma importancia para conseguir todo lo que vamos esperando de la cirujía contemporánea, pues de la omision de uno solo de ellos, depende no solo la atenuacion de los resultados favorables del tratamiento, sino que puede hasta llegar á comprometer seriamente el resultado de la operacion, sea por traumatismo más intenso ó más prolongado, sea por antisepsia incompleta, sea por pérdida de sangre considerable, sea, en fin, por tantas y tantas minuciosidades descuidadas y que tan directamente influyen de hecho en el resultado que se va buscando.

Hechos como el presente deben alentarnos por el camino de los adelantos quirúrgicos, no olvidando que ante todo se deben tener presentes los preceptos del arte, guiados siempre por la mayor prudencia, de donde depende el éxito y particularmente la salvacion de vidas que ciegamente se entregan en nuestras manos y á nuestra responsabilidad profesional.

Junio 30 de 1888.

DR. F. ORTEGA.

REMITIDOS CIENTIFICOS.

TOCOLOGIA.

UN CASO DE PRESENTACION OCCIPITO POSTERIOR CONVERTIDA EN OCCIPITO ANTERIOR POR EL MÉTODO DEL DR. CARBAJAL.—Pocos años hace que el Dr. Carbajal escribió una Memoria titulada: "Sobre el tratamiento profiláctico posible de las presentaciones occipito y fronto posteriores por manipulaciones mixtas," la cual remitió á la Academia de Medicina como trabajo reglamentario, y fué publicada en la entrega 2ª, tomo XX de la Gaceta Médica. En la sesion del 28 de Mayo de 1884, se leyó dicha Memoria, dando márgen á diversas reflexiones y duras críticas por parte de algunos miembros de la Academia, como puede verse en el acta de 4 de Junio del propio año, inserta en la entrega 13ª del tomo XIX.

Más tarde, el autor presentó su segundo trabajo sobre el mismo asunto, teniendo igual acogida que el primero. Fuertemente combatidos los conceptos que en uno y otro se asientan, no pudo tener eco en el seno de la Academia el medio propuesto por el Dr. Carbajal, para trasformar en 1ª y 2ª de vértice las presentaciones occipito y fronto posteriores.

Desde entonces, que yo sepa, nadie se ha vuelto á ocupar de tan interesante estudio, con excepcion del autor, á quien no há muchos dias, tuve oportunidad de acompañar en un caso, con el que prácticamente pude cerciorarme no solo de la posiblidad, sino de la facilidad con que se ejecuta la maniobra de que vengo haciendo mérito.

Mas antes de referir el caso, conviene dar algunas noticias acerca de la operacion. Consiste ésta en hacer rodar al feto sobre su eje longitudinal, á fin de traer el dorso hácia adelante, en las presentaciones de que antes he hablado, lo cual solo es posible cuando la cabeza aún no se halla encajada en el estrecho superior. Al efecto, el operador tomará con ambas manos los extremos accesibles del feto (el asiento arriba y el hombro anterior abajo), y ejecutará el movimiento de rotacion hácia la derecha, si se trata de cambiar una 4ª en una 1ª de vértice, y hácia la izquierda, si fuere á trasformarse en 2ª una 3ª de vértice.

Simultáneamente, un ayudante hará rodar la cabeza en el mismo sentido, con auxilio de los dedos índice y medio (algunas veces, dice el autor, podrán ser necesarios tres ó cuatro dedos y aun toda la mano), introducidos en el recto, sirviéndose, para ello, de la mano derecha para la 4ª posicion y de la izquierda para la 3ª

Antes de ejecutar la operacion, se cloroforma á la enferma, salvo que existan motivos para no hacerlo; se le acuesta sobre el lado opuesto al de la presentacion con las piernas y los muslos semidoblados, y se le coloca un cojin bajo la pelvis.

Una vez alcanzado el objeto por medio de las manipulaciones descritas, se suspende el cloroformo y se quita el cojin. El operador, entonces, con ambas manos comprimirá el fondo del útero para procurar el encajamiento de la cabeza, en tanto que el ayudante ratifica la nueva posicion por el tacto vaginal, la auscultacion y la palpacion del vientre.

Se aplica en seguida un vendaje con compresas graduadas para evitar cualquier desalojamiento, y si sobrevienen contracciones de la matriz, se combaten con el reposo y los opiados.

Este es, en resúmen, el método propuesto por el Dr. Carbajal, como tratamiento profiláctico de las presentaciones 3ª y 4ª de vértice, aplicable tambien en las fronto posteriores, haciendo en seguida la conversion del Sr. Prof. Rodriguez, con lo cual, estas últimas, lo mismo que aquellas, se tornan en

definitiva, en presentaciones de vértice dorso anteriores.

Pero no se limita la ejecucion del método solamente á la época anterior al parto, ó sea en los últimos meses de la gestacion, como podria colegirse por lo expuesto: suelen presentarse casos, aunque raros, en que es posible llevarlo á cabo durante el trabajo; las condiciones indispensables que en estas circunstancias deben concurrir, son: la integridad de la bolsa amniótica y la movilidad del producto. Es un caso de esta naturaleza el que voy á referir.

Por asuntos que no son de este lugar, tuve que trasladarme á San Juan del Rio (Querétaro), en donde actualmente ejerce el Sr. Carbajal. El dia 11 del corriente á las 3.15 de la tarde, recibí un recado suyo, solicitando mi cooperacion para asistir á una enferma; acudí al llamamiento; hicimos el interrogatorio y el exámen respectivos, y hé aquí los datos que uno y otro nos suministraron:

Soledad Aguilar, casada, de 36 años de edad, se encuentra en trabajo de parto. Dice haber tenido antes de éste, once embarazos que han llegado á término; que sus partos han sido buenos con excepcion del primero que fué muy largo y doloroso, habiendo muerto la criatura sin saberse cómo ni por qué. Tambien nos refiere que desde el dia 9 á las 12 comenzó á tener dolores que han ido aumentando en duracion y frecuencia, y que como viera que este estado se prolongaba, pidió que le trajeran de la bótica algun "remedio," de donde le mandaron unos polvos que ha estado tomando desde las 10 (del dia 11), con lo que los dolores se han hechos más agudos y constantes.

El embarazo es de término; el abocamiento de vértice y la presentacion occipito iliaca izquierda posterior. Este diagnóstico se hace con bastante dificultad, porque la matriz, bajo la accion del cuernecillo de centeno, que no fué otra la sustancia mandada de la botica, se encuentra contraida tetánicamente en casi toda su extension.

Los latidos del corazon del feto son débiles y frecuentes, lo que hace suponer con fundamento que su vida está bastante comprometida.

El cuello uterino, irregularmente dilatado, por hallarse el labio anterior tenso y engurgitado, deja paso á la bolsa amniótica que está intacta, á pesar de habérsenos dicho que varias veces habia salido agua.

Ratificado el diagnóstico por la situacion de las molleras, y no estando todavía encajada la cabeza en el estrecho superior, procedimos á ejecutar la operacion.

Despues de administrar el cloroformo hasta la resolucion, se colocó una almohada bajo la pelvis de la enferma y se la volvió en el decúbito derecho. Acto continuo el Sr. Carbajal, por medio de presiones adecuadas, procuraba hacer girar el tronco del producto de izquierda á derecha, mientras yo ejecutaba la rotacion de la cabeza en el mismo sentido, con auxilio de los dedos índice y medio de la mano derecha introducidos en el recto.

Cambiados los papeles, el Dr. Carbajal concluyó la rotacion interna de la cabeza, y yo la externa del tronco, habiendo empleado en la operacion 20 minutos.

En seguida se colocó á la enferma en posicion supina; se suspendió el cloroformo; quitósele la almohada, y se hizo la ratificacion del nuevo estado de cosas. En efecto, la palpacion, el tacto vaginal y la auscultacion nos permitieron apreciar que el feto se encontraba en posicion occipito pubiana directa; es decir, que habiamos exagerado los movimientos que operaron la rotacion.

Con objeto, no solo de fijar la nueva posicion, sino de terminar lo más pronto posible el parto, porque uno de nosotros ya no percibia los latidos del corazon del feto, se rompió la fuente; y por presiones metódicas á los lados y en el fondo de la matriz, logróse el encajamiento de la cabeza, la que bien abocada, dilató eficazmente la parte anterior del cuello.

No obstante el gravisimo peligro que corria la criatura, no intentamos la extraccion con el forceps, porque el trabajo marchaba bastante de prisa y la cabeza aun no estaba en coronamiento superior.

A las 4.38 terminó el parto, habiendo trascurrido únicamente 48 minutos desde que concluyó la operacion hasta la salida total del feto, advirtiendo que la cabeza vino complicada de la procidencia de la mano derecha, obligándonos á ejecutar lo que al caso convenia.

El niño, de dimensiones normales y del sexo masculino, estaba muerto; el cordon umbilical no latia.

Se hizo la extraccion de las secundinas que se hallaban en la vagina, y se encontraron completas.

Nos retiramos despues de reconocer á la enferma, que estaba en buen estado, recomendando todo lo necesario.

En conclusion puede decirse:

1º Que el método del Sr. Carbajal ha realizado un verdadero progreso en cirujía tocológica;

2º Que la operacion es no solo realizable sino de fácil ejecucion;

3º Que evita el empleo del forceps y de otras operaciones instrumentales, de que con tanta frecuencia se hace uso, para terminar los partos en las presentaciones occipito y fronto posteriores;

4º Que ahorra sufrimientos á las mujeres y evita la desgarradura perineal, tan comun despues de aquellos partos; y

5º Que, no obstante que el caso referido no puede servir de ejemplo por las circunstancias especiales que en él concurrieron, en tésis general se puede asentar, que el método en cuestion da mayores probabilidades de vida al producto que la manera conocida de proceder en casos del mismo género.

DR. ECHÁVARRI.

CRONICA DE HOSPITALES.

HOSPITAL DE SAN ANDRES.

SALA DE CIRUJÍA DE MUJERES.

Un caso de Hematocele retro-uterino.—Guadalupe Chavez, casada, nulípara, de 23 años de edad, de oficio empuntadora, oriunda de Morelia, de padres sanos, entró á este hospital á curarse de dolores muy fuertes en el hipogastrio derecho y bastante molestos en las íngles, muslos, piernas y piés.

Antes de la enfermedad actual no ha padecido ninguna otra de importancia.

Comenzó á menstruar á los 16 años; su periodo era regular y se verificaba sin molestia alguna.

Respecto al principio de su enfermedad, nos refiere que hace dos meses, al comenzarle sus reglas, tomó un vaso de nieve, y no bien habia concluido de tomarlo, cuando sintió un dolor agudo en el hipogastrio derecho, dolor que semejaba al que le hubiera producido un instrumento punzante. Notó tambien que el escurrimiento catamenial se le habia suspendido; que un calosfrio largo, seguido de un sudor profuso, invadia todo su cuerpo, y todo esto acompañado de calentura.

Estos síntomas poco á poco fueron mejorándose, pero no hasta desaparecer por completo; este ataque se repitió precisamente en la época en que debió haber tenido su periodo siguiente.

Estos sufrimientos fueron los que la obligaron á entrar al hospital, donde ocupa una cama en la Sala del Dr. Cordero.

Habiendo recogido los signos anamnésticos que hemos anotado anteriormente, y los que nos hicieron presumir en una afeccion de los órganos generadores, procedimos en este sentido á buscar los síntomas actuales, á fin de sentar el diagnóstico más razonable que posible fuera.

Colocada la enferma en el decubitus dorsal, doblados los muslos sobre la pelvis, las piernas sobre los muslos y éstos en abduccion (posicion clásica), se hizo la exploracion del vientre y se encontró que la pared anterior de éste, estaba, sobre todo del lado derecho, muy sensible á la presion; que habia, además, un tumor semiblando que hacia proeminencia hasta dos centímetros abajo del ombligo y que media 12 cents. de anchura.

Haciendo el tacto vaginal, se sintió dicho tumor entre el útero y el recto, y de tal manera avanzaba hácia adelante, que la matriz estaba en anteversion forzada y completamente enclavada, de manera que todo movimiento que se le imprimia al tumor se comunicaba á la matriz y vice-versa.

El fondo del saco posterior estaba borrado por completo y muy doloroso á la presion, dando, además, una sensacion de fluctuacion oscura. Pulso vaginal y ovarios sanos.

A este cuadro debe añadirse una temperatura de 38°2, tenesmo rectal é incontinencia de orina.

Visto el estado de la enferma y la marcha de la enfermedad, se creyó que se trataba de un hematocele retro uterino y se decidió operarla á la mañana siguiente.

Previa anestesia clorofórmica y desinfeccion de la piel, se hizo una incision de 4 centímetros en la region inguinal derecha, se llegó hasta el *facia transversalis* y se despegó el peritoneo con el dedo.

Despues de reconocidos los límites del tumor, notamos que ocupaba casi toda la excavacion pélvica, llegando á la derecha sobre los vasos iliacos y hácia arriba empujaba el peritoneo, el cual no parecia estar interesado en el proceso. Procedióse á abrir el saco protegiendo los vasos iliacos con los dedos; se le hizo una abertura de 3 centímetros, por la que salió una gran cantidad de sangre líquida y coágulos de color oscuro, en su mayor parte extratificados. Se canalizó la herida, se aseó convenientemente y se hizo una curacion iodofórmica clásica.

Una vez evacuado el contenido, el útero tomó su posicion normal, la vejiga dejó de ser comprimida y lo propio sucedió con el recto.

Poco despues de la operacion aparecieron vómitos y la curacion se manchó mucho de sangre.

Al dia siguiente, el estado general de la enferma era bueno; se le administró un purgante de aceite de ricino, que obró muy bien. Temperatnra 38°5. Mal olor en la curacion; descubierta la herida, se encontró que por ella salian coágulos en putrefaccion. En vista de esto, se amplió la abertura de las paredes del foco, se extrajeron todos los coágulos desprendidos y por medio de una cucharilla roma, todos los coágulos adherentes.

Comprendiendo que la abertura que se tenia, no era suficiente para dar fácil salida á todos los líquidos que provenian del foco, se resolvió completar la canalizacion por la vagina á lo que se procedió inmediatamente haciendo la contrapuncion por el saco posterior.

Una vez hecho esto, se lavó perfectamente el in-

terior con solucion de bicloruro al $^{1}/_{1000}$ se canalizó y se le puso su curacion iodoformada.

Desde este dia la temperatura bajó á la normal, la enferma comenzó á repararse no obstante la supuracion abundante que salia del tumor. Los dolores, constipacion, tenesmo, etc., etc, han desaparecido y hoy, despues de quitados los tubos de canalizacion, se encuentra en plena convalecencia.

REVISTA EXTRANJERA.

PATOLOGIA INTERNA.

MANIFESTACIONES ESPINALES DE LA BLENORRAGIA POR HAYEM Y PARMENTIER.—De veinte años á esta fecha, el dominio de la Blenorragia, se ha extendido considerablemente: gran número de manifestaciones que habian sido distraidas de su cuadro, pueden serle atribuidas, hoy, que la idea de infeccion está íntimamente ligada á la palabra blenorragia. Sin embargo, hay una clase de accidentes que parecen haberse echado en olvido; fuera de la sciática, no se trata de perturbaciones nerviosas.... ¿Puede la blenorragia atacar el eje espinal como las otras enfermedades infecciosas?

Para contestar á esta pregunta vamos á referir dos observaciones de reumatismo blenorrágico en los que los accidentes espinales han representado el principal papel; despues de estas observaciones, citaremos otras tomadas de diversas partes que nos parecen ser semejantes.

I.

La literatura médica, tan rica en hechos de manifestaciones articulares de la blenorragia, es casi muda en este particular.

Si arrojamos una mirada sobre los autores que han estudiado las paralisis urinarias, encontraremos un silencio absoluto sobre el asunto que nos ocupa.

En la Memoria de Stanley que data de 1883, están citados dos casos de paralisis en el curso de una gonorrea. La observacion I se refiere á un hombre de 22 años que habiendo detenido un escurrimiento blenorrágico por medio de inyecciones, fué atacado de retencion de orina, paralisis de los esfínteres y paralisis de los miembros inferiores: violentos dolores al nivel de la 5ª vértebra lombar. Algun tiempo despues, los miembros abdominales quedaron completamente paralizados é insensibles. Murió, y en la autopsía, se encontraron los riñones voluminosos, reblandecidos y encerrando pequeños focos enteramente purulentos: en el cerebro y la médula, no se encontró ninguna perturbacion apreciable.

La observacion II, concierne á un jóven afectado de blenorragia y fimosis que fué bruscamente atacado de paraplegia: motilidad, enteramente abolida; sensibilidad, casi nula: uno ó dos dias antes habia sufrido dolores lombares. En la autopsía se encontró como sola lesion: congestion de la médula lombar.

Stanley, estimando las lesiones de la médula insuficientes para explicar los fenómenos observados, cree poder referirlos á paralisis reflejas.

Gull, trata de mostrar que estas paralisis, pretendidas reflejas, dependen de una inflamacion de la médula apreciable al miscroscopio; para él, en caso de gonorrea, las determinacioues medulares denotan ora la infeccion purulenta, ora la infeccion específica.

Relataremos más lejos, una observacion de paraplegia en el curso de una blenorragia.

Son estos los únicos casos en que la blenorragia ha sido directamente incriminada, en los numerosos é importantes trabajos sobre la paralisis urinaria, dejando á un lado, bien entendido, las observaciones de paralisis atribuidas á la uretritis crónica y á los estrechamientos uretrales.

Por otra parte, ningun tratado de patología nerviosa señala la blenorragia en la etiologia de las afecciones espinales.

Jullien habla, es verdad, de los mielopatías; pero las perturbaciones de que trata, entran en el cuadro general de las paralisis urinarias y no toca, sino lejanamente, la blenorragia.

En fin, entre las numerosas observaciones de sciática blenorrágica que hemos recorrido, retenemos una de Everard Home citada por Fournier en su Memoria fecha 1886. Es evidente que en esta ocasion no solo hubo sciática, sino tambien padecimiento espinal.

Recordemos, sin insistir, la tésis de Bonnet que estudia las complicaciones cerebrales de la Blenorragia. En la tésis que tiene por título: "Consideraciones sobre la forma reumática de la blenorragia," M. Tixier cita un caso de paroplegia que unimos á nuestras observaciones.

En 1866, en la Sociedad de los Hospitales, M. Peter abrió el debate sobre el reumatismo blenorrágico, presentando la observacion de un enfermo afectado de sciática doble, sintomática de una afeccion verosímilmente medular; la consignaremos igualmente.

Pidoux dijo sin más detalles, haber observado un caso de aracnitis espinal purulenta en el curso de un reumatismo blenorrágico.

"He visto, dice M. Ricord, sobrevenir durante el curso de una blenorragia uretral, y concurrentemente con la artropatía, accidentes de compresion por

parte de la médula y el cerebro, ocasionando síntomas de paralisis (paraplegia y hemiplegia) que parecian seguir la marcha de los derrames articulares."

Desgraciadamente las observaciones no fueron publicadas. Tales son las únicas indicaciones que hemos podido recoger; por sí solas no tienen gran valor; pero reunidas á nuestras observaciones, que son suficientemente precisas, adquieren nueva importancia y deben ser tomadas en consideracion.

PATOLOGIA EXTERNA.

HENDIDURAS DEL CRÁNEO EN LA PRIMERA EDAD.—El Sr. Henoch comunica dos casos que ha observado en su servicio de la Caridad.

El 1º se refiere á un niño de 5 meses que tenia convulsiones, y presentaba además un tumor sobre el lado derecho del cráneo. Este tumor era elástico, bastante tenso, un poco plano y tenia las dimensiones de un riñon. Por la presion, disminuia de volumen, pero aumentaba cuando el niño gritaba, era trasparente y la piel resbalaba en su superficie.

Se percibia un borde óseo saliente en su periferie. Las otras regiones del cráneo estaban normales. El 22 de Febrero se extrajo del tumor por medio de una puncion, un líquido ambarino claro y conteniendo una gran cantidad de albumina. El 27, una segunda puncion da salida á 10 gramos de líquido, se practicó despues una inyeccion iodada. El 1º de Marzo se hace una tercera puncion. El dia 11, el tumor habia desaparecido en gran parte, pero el niño murió en el colapsus. La autopsía permitió demostrar que el hueso parietal presentaba una hendidura de 1 cent. y medio de ancho, extendida de arriba hácia abajo y de adelante hácia atrás. Existia además una depresion paralela á esta hendidura sobre cada uno de los parietales. La dura-madre del lado derecho estaba cubierta de falsas membranas recientes y presentaba como la pía-madre algunas adherencias. Hizo el diagnóstico de fractura del cráneo y de pseudo-meningocele traumática con paquimeningitis crónica y encefalitis crónica intersticial.

En el segundo caso se trataba igualmente de un niño de tres meses que tenia al mismo tiempo una bronco-pneumonía. Al nivel del parietal derecho existia un tumor plano, blando, elástico que aumentaba de volúmen durante los accesos de tos; de 3 centímetros de ancho por 6 de largo, de una forma irregular, rodeado de un borde óseo saliente. Una puncion del tumor, dió salida á una poca de sangre. El 27 de Marzo el niño murió; pero la autopsía demostró lo mismo que en el caso precedente, y el diagnóstico fué: fractura del hueso parietal con ruptura de la dura-madre, encefalitis y esclerosis cerebral.

En estos dos casos, el orígen traumático de estas hendiduras, ha sido claramente establecido. Es posible que la compresion ejercida por el cerebro, impida el desarrollo de un callo.

El Sr. Luisan, dice que á pesar de las numerosas autopsías que ha practicado, nunca ha visto una fisura ósea del cráneo, transformarse en hendidura como lo acaba de decir el Sr. Henoch. No cree que se pueda admitir que resulten siempre de un traumatismo; pueden ser tambien congénitas.

El Sr. Henoch, añade que las formas de las hendiduras congénitas, es del todo diferente; además, no se acompañan nunca de hemorragia ni de inflamacion.

TERAPEUTICA.

EL ÁCIDO OXINAFOICO.—Este producto se deriva del naftol y posee las propiedades antisépticas en grado sumo. Cristalizable en finas agujas incoloras, soluble en el alcohol y el éter á razon del 10 por 100 del peso, ó soluble tambien en el agua, tiene el olor del naftol, se volatiliza fácilmente y emite vapores que provocan el estornudo y la irritacion de las mucosas.

El Sr. Lubbert ha estudiado su accion desinfectante en el laboratorio de la Escuela de Medicina de Dresde, y ha comprobado que á iguales dósis con el ácido oxolicílico, previene la putrefaccion de la sangre que éste solo no impedia. Obra lo mismo cuando se le mezcla con la orina, los caldos y los extractos de carne.

Desgraciadamente su toxicidad impedirá utilizarlo en la industria de las conservas alimenticias, y los únicos empleos legítimos á que por ahora puede aspirar, son: la curacion de las heridas, en lugar del iodoformo y del bicloruro de mercurio, y la desinfeccion de los objetos: escupideras, bacinicas y otros que sirven á los enfermos.

El Sr. Helbig propone diversas fórmulas para uso externo:

1ª Un colodion que contiene un cinco por ciento de sustancia activa.

2ª Un ouate que tiene de un milésimo á un centésimo.

Bajo esta forma tendria una ventaja sobre el sublimado: la de no coagular la albumina, y por lo tanto, no pierde sus propiedades cuando se le pone en contacto con esta sustancia ó con la gelatina.—*(Journal de Médecine. Paris, 17 Juin 1888).*

HIDROTERAPIA DURANTE LAS REGLAS.—Despues de la discusion que tuvo lugar en la Sociedad de Hidrología sobre el empleo de la hidroterapia durante la época catamenial, se formularon en la sesion del 16 de Enero último las conclusiones siguientes:

Reconocer que las aplicaciones de agua fria du-

rante las reglas son algunas veces causas de accidentes;

Que estos accidentes son á la vez más frecuentes y más graves entre las mujeres que padecen de la pelvis;

Que las enfermedades útero-ováricas son á menudo latentes é ignoradas de la enferma, y por consiguiente sus afirmaciones no garantizan de ningun modo la perfecta integridad de los órganos pelvianos;

1.° La Sociedad no puede aprobar la continuacion de la práctica hidroterápica durante la época menstrual, como método general de tratamiento;

2.° Deben reservarse las aplicaciones del agua fria para aquellos casos particulares en que se tengan que cumplir indicaciones urgentes, difíciles de remplazar por otros medios;

3° En aquellos casos excepcionales en que se debe emplear la hidroterapia, conviene asegurarse del estado de los órganos uterinos y no proceder á dicha práctica sin la vigilancia del médico competente. *(Rev. de thérap. méd. chirurg).*

PROPIEDADES MIDRIATICAS DEL HIDROBROMATO DE HIOSCINA.—El D. J. Tweedy asegura que algunas gotas de una solucion al 1 por 100 de hidroiodato de hioscina dilatan la pupila rápidamente sin irritar; á pesar de su gran actividad, cuando se administra por la vía interna ó subcutánea, no ha producido nunca efecto tóxico, como lo hace algunas veces la duboisina. Su accion es tres veces más rápida que la de la atropina, se prolonga por más tiempo y no es tan fácilmente contrariada por la eserina. Este compuesto es muy útil en las iritis, y en todos los casos en los cuales se debe dilatar la pupila lo más que se pueda, y el más largo tiempo posible. *(Lancet).*

TRATAMIENTO DE LA TOS FERINA.—De un trabajo del Dr. Somma, tomamos las siguientes conclusiones:

1º El ácido fénico es uno de los medicamentos eficaces en el tratamiento, sobre todo, administrado por la vía estomacal. En los recien nacidos y en los niños de poca edad es preciso fraccionar mucho las dósis, á causa de los fenómenos de gastritis, intolerancia y envenenamiento que pueden manifestarse. Aun en los niños un poco mayores, la dósis no debe nunca pasar de ½ gramo en 24 horas. No pueden practicarse las inhalaciones de 1 por 100 más que dos ó tres veces por dia, y cada vez, durante diez á 15 minutos.

2º Por lo que concierne á la resorcina propuesta y muy experimentada por Moncorvo, el autor cree que se debe ser reservado sobre los resultados de este tratamiento.

3º La cocaina da buenos resultados en *unciones.*

4º La belladona, bajo forma de jarabe, seria útil. Pero en un caso, á pesar de haber observado los mayores cuidados de administracion, se manifestaron fenómenos de envenenamiento.

DEL ÁCIDO ALCANFÓRICO.—El Sr. Reichert, dice que desde hace año y medio se sirve del ácido alcanfórico para el tratamiento local de afecciones agudas y crónicas de la mucosa de la boca, de la faringe, de la nariz, de la traquea, como tambien para el tratamiento de las afecciones crónicas de los bronquios y del pulmon. Ha administrado igualmente este ácido con éxito en algunos casos de afecciones agudas y crónicas de la piel. Además, el ácido alcanfórico posee propiedades antiparasitarias. Ha tratado con una solución á 6% úlceras tuberculosas de la laringe, y los resultados que obtuvo son muy satisfactorios.

DEL HIPNOTISMO.—El Sr. Meynert dirige una comunicacion sobre el hipnotismo, y recuerda que una comision nombrada por la Academia de Medicina de Paris declaró inexacta la pretendida accion de los medicamentos á distancia; por otra parte el Sr. Graff-Ebing (de Graz), llegó á resultados idénticos. El Sr. Meynert no cree tampoco en el valor curativo del hipnotismo empleado como método terapéutico.

El orador expone despues la historia de dos enfermas de su servicio.

El Sr. Winternitz hace notar que la aplicacion del hipnotismo á la terapéutica, ha dado ya resultados muy notables y que el Sr. Meynert no tiene razon en no querer admitir una tal prueba. Vió en casa de Torel en Zurich, hechos que justifican plenamente la aplicacion del hipnotismo á la terapéutica. Hace observar que el Sr. Bernheim ha demostrado que se podian hipnotizar hombres sanos tan bien como á los histéricos.

El Sr. Meynert no admite que se pueda creer como curado á un individuo cuyo sistema nervioso está fatigado por sesiones de hipnotismo. Hace recordar, además, los peligros sociales y médicos que presenta esta práctica.

DEL TRATAMIENTO DE LA DIATÉSIS ÚRICA, por Burney Yeo.—La terapéutica general de las enfermedades caracterizadas por la acumulacion excesiva del ácido úrico en el organismo, debe tener en cuenta este hecho: que la diatésis úrica tiene por orígen una asimilacion imperfecta de los alimentos y una eliminacion defectuosa de las sustancias albuminoides.

El régimen alimenticio y las costumbres del enfermo, gozan en la medicacion un papel más grande que las medicaciones farmacéuticas. Se debe apropiar el régimen de cada enferma y tener en cuenta, en su reglamentacion, la necesidad de evitar to-

do alimento imperfectamente digerido ó susceptible de aumentar la cantidad de ácido úrico.

M. Yeo, se detiene largamente sobre el uso de las bebidas fermentadas, teme el alcohol, autoriza los vinos ligeros, de preferencia á los vinos de Bourgogne y de Champagne, y recomienda la ingestion abundante de agua pura para facilitar la asimilacion de los alimentos y favorecer la eliminacion de las materias excrementiciales.

Entre los agentes farmacéuticos, prefiere el cólchico que, bien administrado, puede detener las manifestaciones diatésicas. El empleo de los salicilatos le parece indicado solamente en los casos en que el reumatismo se asocia á la diatésis úrica.

Recuerda que el empleo de los benzoatos de litium y de sodium y del guaiacol, á pesar de las recomendaciones de Garrod, está lejos de satisfacer á la mayoría de los observadores; que el valor terapéutico del yoduro de potasium no está claramente establecido, sino para modificar las lesiones crónicas de las articulaciones; pero que el prolongado empleo de este medicamento, retarda la marcha de las degeneraciones vasculares de orígen gotoso.

La medicacion alcalina está justificada, pero prefiere las sales de sosa y las de potasa, á las de litina que han sido tan preconizadas.

Tambien encuentra indicada la medicacion purgante, tanto para librar al intestino como para modificar la composicion del suero.

Entre los purgantes adopta las píldoras de extracto de cólchico y aloes, combinadas con la ingestion cuotidiana de la sal de Carlsbad. En fin, proscribe tanto como sea posible el uso del opio, y recomienda el de los diaforéticos y diuréticos.—(*British medical. Journal*).

DE LA PRETENDIDA ACCION DE LA FUCHSINA SOBRE LA ALBUMINURIA, por el Dr. L. Riess.—Se trata de veinte casos de nefritis en los que el autor ha administrado la fuchsina, sin que este modo de tratamiento haya ejercido una influencia apreciable, ni sobre los caractéres de la filtracion de la albumina, ni sobre la marcha de los fenómenos patológicos.

Las dósis de fuchsina se llevaban habitualmente á 50 centígramos por dia, y en varios enfermos hasta á 1 gramo. En un caso se administró 1,20 por dia.

El análisis cuantitativo de la albumina se hizo regularmente todos los dias en doce casos de nefritis de formas variadas. Sobre estos doce casos, dos solamente presentaron una diminucion marcada de la cantidad de albumina. En el primero de estos dos casos, la orina no contuvo ya ninguna huella de albumina al cabo de quince dias de tratamiento. En el segundo, la albumina, que antes del tratamiento se elevaba por término medio á 6,84 en veinticuatro horas, descendió primero á 2,98, despues á 1,98 para desaparecer completamente al cabo de tres semanas de tratamiento. Pero importa hacer notar que en uno y otro caso se trataba de una nefritis aguda consecutiva (una en un niño de cuatro años), á una escarlatina cuyo principio databa de veinte dias solamente, y el otro en un adulto, en que la nefritis fué consecutiva á un reumatismo articular agudo que databa de tres semanas.

Los otros diez casos que conciernen á nefritis crónicos, en diferentes estados, se descomponen como sigue: siete nefritis difusas, dos llamadas *intersticiales* y una amiloidea.

En ninguno de estos casos fué fructuosa la administracion de la fuchsina, pues en todos subsistió sin modificacion alguna la traslacion albuminosa.

Durante toda la duracion del tratamiento, el organismo mostró una perfecta tolerancia, aun para dósis relativamente fuertes de fuchsina; el autor no observó ningun síntoma nervioso. La orina presentaba una coloracion rojo-oscura. La duracion del tratamiento fué de 10 á 15 dias, en ciertos casos 3 semanas, una sola vez en 44 dias.—(*Bull. Gén. de Therap.*)

GINECOLOGIA.

DE LA DILATACION DEL ÚTERO PARA CONTENER LAS HEMORRAGIAS DEBIDAS Á LA METRITIS AGUDA Ó CRÓNICA Y Á LOS FIBROMAS UTERINOS.—*(Continúa)*.—Ora que se trate de una metriris hemorrágica, ora de fungosidades uterinas ó de un cuerpo fibroso, siempre ha visto Mr. Terrier cesar el escurrimiento sanguíneo, si no completamente, al menos casi totalmente desde las primeras sesiones de dilatacion.

Un escurrimiento sero-sanguinolento, á menudo negruzco y abundante, reemplaza al escurrimiento sanguíneo.

Mr. Terrier no ha visto mas que un solo caso en que la hemorragia no se detuvo despues de la dilatacion. Se trataba de una jóven ya *dilatada* y *raspada* por el Dr. Pozzi, sin resultados apreciables, porque despues de una corta remision en los fenómenos morbosos, la sangre apareció de nuevo y se marcó más el estado anémico de la enferma.

Llegada al servicio de Mr. Terrier, se recurrió á la dilatacion como lo habia ya hecho el cirujano de Lourcine; pero este tratamiento no dió resultado benéfico alguno, y la hemorragia, apenas detenida por las esponjas preparadas, reaparecia á cada curacion.

Mr. Terrier pensó entonces en una lesion maligna de la mucosa y la histerectomía vaginal, hecha ulteriormente con éxito feliz, confirmó el diagnóstico.

En un caso más reciente, á pesar de una dilatacion metódica emprendida por el Dr. Quenu y con-

tinuada por el Dr. Terrier, la sangre no se detuvo, lo que produjo una cierta tendencia á admitir una neo-formacion intra-uterina. Bien pronto se percibió que solamente el cuello estaba dilatado, habiendo escapado el cuerpo á la accion modificadora y mecánica de la dilatacion.

Un tallo de laminaria colocado hasta el fondo del útero, produjo una hemostasis rápida y persistente.

Sin embargo, este caso merece seguir observando á la enferma una vez que ya ha sufrido una dilatacion y una raspa sin resultado satisfactorio, lo cual es sospechoso.

En resúmen, toda vez que se encuentren metrorragias debidas á metritis ó á la presencia de un cuerpo fibroso, está absolutamente indicado practicar la dilatacion del útero.

Gracias á esta dilatacion, el fenómeno más grave, la hemorragia, cesa más ó menos rápidamente, pero en lo general, al cabo de 2 ó 3 dias.

Obtenido este resultádo, hay tiempo para llevar la dilatacion tan lejos como sea necesario, y para preparar vuestra enferma para cualquier operacion ulterior, que, segun el caso, puede ser:

Una raspa, una ablacion del pólipo, una extirpacion del fibroma por la vía uterina.

Si á pesar de la dilatacion (del cuello y del cuerpo), observais la persistencia del escurrimiento sanguíneo, se debe pensar en la presencia de una deformacion epitelial intra-uterina.

Debo agregar, que esta neo-formacion con degeneracion primitiva de la mucosa del cuerpo, no es tan rara como se ha dicho, y que el cirujano debe siempre pensar en ella, siempre que se encuentre con una metrorragia que no sea explicable mas que por estas fungosidades uterinas.—*Journal Med. et de Chirug.* Prat. Juin 1888).

OVARIOTOMÍA POR TUMORES FIBROSOS UTERINOS.—El Sr. Polaillon dice que hay dos formas de fibromas uterinos, una sin crecimiento de la cavidad uterina, y otra con hipertrofia del cuerpo del útero; la castracion es útil solamente en esta última.

El orador describe una forma de hipertrofia del útero que llama gigantismo uterino, en esos casos la castracion da resultados excelentes, y el útero disminuye rápidamente de volúmen. Entretanto juzga que la castración puede ser peligrosa aun en los casos de hipertrofia. Hizo tres castraciones, obtuvo un éxito y dos muertes; sobre diez histerectomías, no tuvo sino seis muertes.

El Sr. Bouilly juzga que la histerectomía y la castración, son dos operaciones distintas que se distinguen una por grandes fibromas y la otra por pequeños.

El diagnóstico del útero gigante, es extremadamente difícil. Se ha observado dos veces solamente.

1º En una mujer de 19 años diagnosticó un quiste del ovario, pareciéndole el útero grávido; despues de la castración el tumor desapareció.

2º En otra mujer diagnosticó una degeneración fibromatosa y dos pequeños quistes del ovario. Le hizo la castracion y la enferma curó.

El Sr. Lucas Championnière piensa que el Sr. Polaillon es demasiado preciso y afirmativo, no poseyendo más que dos casos, y dice que él ha hecho recientemente una operación de castracion por un caso de fibroma voluminoso y obtuvo una disminucion del útero.

El Sr. Terrier declara que la histerectomía es una operación grave y que la castración es siempre fácil cuando los anexos no están enfermos y aun cuando lo estén, no presenta la gravedad de la histerectomía abdominal.

El Sr. Polaillon segun su estadística, no considera la histerectomía tan grave; la cuestion se está estudiando y el porvenir decidirá.

El Sr. Segond, limita la cuestion á los fibromas medianos y pequeños; por lo tanto, deja á un lado la histerectomía abdominal y vaginal.

Ha hecho diez operaciones de este género, y dos curaron.

Limitándose á los casos en que la operación de la castración está indicada, juzga que las objeciones levantadas contra ella, son poco significativas.

Lo que le parece resultar de la discusion que acaba de levantarse, es que á pesar de todo, la castracion es una buena operacion, aún en estudio, pero cuyas indicaciones no están bien determinadas.

FORMULARIO.

El Sr. Jaccoud emplea desde hace veinte años con éxito el tratamiento siguiente en la erisipela de la cara:

1º Vino de quina á alta dósis (250 gramos á 450).

2º Régimen lácteo.

Este último medicamento ha sido añadido desde 1882, en razon de la frecuencia de las complicaciones renales observadas por el Sr. Jaccoud en el curso de la erisipela espontánea.

Listerina.

La fórmula de este antiséptico originario de San Luis (Estados Unidos) es la siguiente:

Acido benzoico..................	8 gramos.
Timol..........................	2
Eucaliptol.....................	X gotas.

Esencia Gaultheria	VI ,,
Idem de menta	II ,,
Idem de Timo	II ,,
Alcohol	180 gramos.

Se hace disolver todo en alcohol.

Bórax	8 gramos.
Acido bórico	16 ,,
Agua	2 B.

Hágase disolver el bórax y el ácido bórico en el agua de manera que esta solucion, añadida á la otra, dé un peso total de 1,000 gramos.—(*Pharm. Rundschau, VI,* 1888.

TRATAMIENTO DEL TIMPANISMO POR EL SALICILATO DE MAGNESIA.—Esta sal se prepara agregando carbonato de magnesia á una solucion saturada é hirviente de ácido salicílico hasta la completa disolucion. Se filtra la solucion y se abandona para que cristalice. El salicilato de magnesia se presenta bajo forma de largas agujas incoloras, de un sabor amargo, fácilmente solubles en el agua y el alcohol.

Esta sal ha sido recomendada para reemplazar el salicilato de bismuto en el tratamiento del timpanismo abdominal. Reune las propiedades de un antiséptico y de un antipirético. Su empleo, aun á altas dósis, 3 á 6 gramos diarios, no presenta inconvenientes. (*Pharm. Zeitung.* 1888.

SOBRE LA ACETOFENETIDINA Ó FENACETINA.

La acetofenetidina es un polvo cristalizado de un color gris rosado. Su fórmula es:

$$C^6 H^4 \begin{cases} C^2 H^5 O \\ N H C^2 H^3 O \end{cases}$$

No tiene sabor ni olor; á la temperatura de 37°, es insoluble en el agua, en los ácidos, en los álcalis y en los jugos gástrico y pancreático.

Por los estudios que se han hecho sobre la accion de la acetofenetidina, se ha llegado á los resultados siguientes:

Constantemente se ha demostrado la tolerancia completa de los sistemas digestivo, respiratorio y circulatorio. Un hecho que se presenta constantemente es el sudor más ó menos profuso que sigue á la administracion del medicamento. Una sola vez se presentó una ligera cianosis en los labios, pero ningun otro desórden. Jamás hubo colapsus, ni sensacion de frio durante el abatimiento ó elevacion sucesiva de la temperatura. Bajo este respecto, diremos que: 1º Una dósis de 50 ó 60 centíg. de fenacetina produce un abatimiento considerable de la temperatura que dura de 8 á 10 horas. Gueorguievski (*Wratsch*) asegura que 60 centígramos no obran sobre personas sanas; pero que administrada esta dósis á los febricitantes, produce un descenso de la temperatura de un grado y medio ó dos grados.

1º Una dósis única de 20 á 30 centígramos, abate seguramente la temperatura. Media hora despues de la administracion de la sustancia, la temperatura baja medio grado. El grado de abatimiento depende de la cantidad de medicamento absorbido; pero es de notarse que la acetofenetidina no se acumula, de tal suerte que una dósis de 50 centígramos abate más la temperatura que tres de 20 centígs. administradas una cada hora. Esto depende probablemente de la rápida eliminacion del medicamento.

2º El número de pulsaciones y respiraciones disminuye paralelamente al abatimiento de la temperatura. Sin embargo, en las enfermedades de los pulmones, el número de las respiraciones no disminuye siempre con el descenso térmico.

3º No se observó ningun fonómeno enojoso en 30 enfermos que ingirieron el medicamento.

4º La cantidad de orina aumenta; su densidad disminuye; la cantidad de urea aumenta, la de ácido úrico disminuye.

5º La fenacetina no produce ningun efecto específico, ni obra sobre la duracion de la enfermedad.

6º Es analgésico poderoso á la dósis de 60 centígramos, como todos los antipiréticos nervinos, combate la cefalalgia, la sciática y la jaqueca.

TIP. DE DUBLAN Y COMP.

VOL. I. México, Julio 15 de 1888. NUM. 10

REVISTA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO BIMENSUAL DIRIGIDO POR EL DR. JOSE RAMOS.

SECCION EDITORIAL.

RESECCION OSTEO-PLASTICA DEL PIE

POR EL

METODO DE MIKULICZ

POR EL DR. W. MAC CORMAC.

El jóven cuya historia voy á relatar ante la Sociedad esta noche, tiene diez y seis años. El 12 de Marzo de 1887 verifiqué la operacion ideada por Mikulicz de Praga Wladimiroff de Kasan.

Esta no ha sido hecha antes en Inglaterra, que yo sepa, y hasta ahora más de un año ha trascurrido desde la fecha de la operacion y los individuos de la Sociedad pueden apreciar las enormes ventajas obtenidas para el miembro. Desearia, por esta razón, conocer la opinion de mis compañeros cirujanos, acerca del valor de la operacion en casos semejantes. La nota siguiente fué tomada por Mr. C. H. Tames, cronista del caso en cuestion.

W. B.—de edad de quince años aproximadamente, dependiente, muy delgado, facciones demacradas, y el aspecto melancólico del que sufre, fué admitido en el Hospital de San Thomas el 29 de Enero de 1887. No hay antecedentes de tísis, y sus padres viven aún y están sanos. Seis meses hace, el jóven cayó de cierta altura y sufrió una entorsis en la articulacion tibio tarsiana izquierda. Fué tratado como enfermo de consulta, aplicándole unas férulas y un vendaje con yeso calcinado, sin obtener el menor éxito. Un absceso se formó detrás del maleolo interno, el cual fué abierto, y otro en la planta del pié. La hinchazon se notó muy marcada á los lados del tendon de Aquiles. Las fístulas se extendian hasta el hueso enfermo, y era indudable que la articulacion astrágalo-calcaneana habia participado de la inflamacion. Sus padres no permitian hasta entonces la menor intervencion; mientras las fístulas aumentaban en diámetro, por donde escapaba un tejido granuloso envolviendo los tubos de canalizacion.

Pero el estado general del paciente iba agravándose, y ya no podia dudarse que la enfermedad invadia ya la articulacion del tobillo. Los padres, bien á su pesar, consintieron en la operacion pidiendo solamente que el piè se le conservase. Las partes blandas que cubrian el talon estaban muy infiltradas y cribadas por muchas fístulas; pero teniendo en cuenta que la enfermedad estaba limitada al calcáneo y al astrágalo comprendiendo secundariamente las articulaciones vecinas, Sir William resolvió llevar á cabo la siguiente operacion:

El paciente fué colocado boca abajo; tratándose del pié derecho, el bisturí se introdujo en el borde interno del pié precisamente sobre el tubérculo del escafoide y se hizo una

incision transversal en la planta del pié, comprendiendo todos los tejidos, hasta un punto atrás de la tuberosidad del quinto metatarsiano. En el pié izquierdo la direccion de la incision debe ser invertida. De las extremidades interna y externa de esta incision se prolongaron otras dos hácia arriba y atrás sobre los maleolos correspondientes, y sus extremidades fueron unidas por una incision transversa en la parte posterior de la pierna, hecha abajo de la tibia al nivel del cual debia ser aserrada, en general, inmediatamente arriba de la superficie articular. En los casos en que es necesario extirpar una gran porcion de la tibia y del peroneo, las incisiones laterales deben tener mayor oblicuidad y la transversa posterior debe quedar á mayor altura. La articulacion del tobillo queda abierta en seguida por atrás, la desarticulacion completada, y despues de hacer la flexion del pié, las partes blandas son desprendidas cuidadosamente por delante hasta alcanzar la articulacion medio tarsiana en la que se hará la desarticulacion de Chopart. La porcion del talon formada por el astrágalo, calcáneo y partes blandas que lo cubren, son extirpadas de este modo. La superficie articular de la tibia y peroneo con los maleolos, son quitados por un corte de sierra, así como tambien el cuboide y el escafoide. La porcion anterior del pié, queda unida á la pierna por un puente fláxido de partes blandas. La nutricion sanguínea parece ser abundante, pues casi inmediatamente despues de la amputacion, la sangre sale libremente de la extremidad opuesta de las arterias plantares divididas. Una vez contenida la hemorragia, el pié es llevado en línea recta con la pierna, y las superficies huesosas aserradas son suturadas entre sí con tendon de Konguro. La tentativa para aislar y suturar las extremidades divididas del nervio tibial posterior, no tiene éxito á consecuencia del estado de irritacion de las partes blandas. Hecha la curacion conveniente é inmovilizado con férulas y un aparato de yeso, los dedos son colocados en una posicion de flexion forzada, en escuadra con el dorso del pié.

No necesito entrar en detalles acerca del tratamiento ulterior; el jóven tuvo una convalecencia feliz, y por fortuna la consolidacion huesosa fué completa. La sensibilidad comenzó á recobrarse en la planta del pié en menos de un mes, la que progresivamente fué siendo mayor. En Diciembre, el jóven volvió al Hospital para adaptarle el calzado que usa al presente y con el cual puede estar de pié y andar fácil y cómodamente. El miembro izquierdo mide una longitud de media pulgada más que el derecho. La sensibilidad del pié izquierdo parece ser la natural, demostrando esto que las extremidades nerviosas han soldado perfectamente. Los dedos tienen sus movimientos. Considero el resultado presente, obtenido en condiciones tan desfavorables, como una prueba excepcionalmente satisfactoria de la utilidad de la operacion. Wladimiroff de Kasan en 1872 parece haber sido el primero que practicó la operacion, pero Mikulicz fué el primero que publicó una descripcion de ella en los Archivos de Lagenbeck, 1881. El resultado funcional, segun nos demuestra este caso, es verdaderamente notable. Se establece un pié equino artificialmente, teniendo por objeto conservar los dedos y el metatarso que serian sacrificados en cualquier otra amputacion. Estos son llevados en línea recta con la pierna, y los dedos forman un ángulo recto con ella, marchando entonces el enfermo sobre las cabezas de los metatarsianos cubiertas por gruesas capas de tejidos que las revisten, suministrando así una más amplia superficie de apoyo, que las que puedan proporcionar los procedimientos operatorios de Syme ó de Pirogoff, y teniendo bastante elasticidad en el pié izquierdo.

En la generalidad de los casos, la pierna queda más larga que la sana una pulgada próximamente, pudiéndose compensar esa diferencia, dándole mayor espesor á la suela del calzado en el miembro sano. Respecto á las indicaciones, debe admitirse que ella está indicada en casos de lesion accidental, particularmente en heridas por armas de fuego más bien que en los de enfermedad. Mi experiencia me ha hecho aceptar el procedimiento en todos aquellos casos en que los huesos del talon, así como los tejidos que los cubren, están extensamente dañados, habiéndose conservado la mitad anterior del pié completamente sana.

(El paciente fué presentado á los compañeros. Anduvo de un extremo al otro del salon tanto con su calzado como sin él, con gran

comodidad y plena satisfaccion suya. La consolidacion es completa desempeñando sus quehaceres diarios sin el menor inconveniente).

INDICACIONES DEL FORCEPS

EN LOS CASOS

DE ESTRECHAMIENTO PELVICO.

POR MANUEL BARREIRO.

(CONCLUYE.)

Voy á ocuparme ahora de la conducta que debe observar el partero en los casos de distocia por las anomalías de forma, que constituyen propiamente los vicios de conformacion.

En casi todos estos vicios, se encuentra acortado el diámetro antero-posterior de la pélvis, y por consecuencia, el oblícuo; además, el plano del estrecho superior está más elevado, de consiguiente, ni la cabeza puede encajarse en el diámetro oblícuo, ni hay paralelismo entre su plano de proyeccion y el plano superior de la pélvis.

En virtud de esta disposicion de las partes huesosas, el ovoide cefálico queda superpuesto sobre el estrecho abdominal, y para que lo atraviese, no queda más recurso que acortar sus diámetros, ya por medio del forceps, ya por medio de la version.

"La rivalidad entre la extraccion por los piés ó bien con ayuda del forceps en los casos de estrechamientos de la pélvis, dice Duncan, existe de largo tiempo atrás, pero la lucha es hoy más viva que nunca. Los combatientes de cada campo se hacen una guerra de palabras vana é inútil. La cuestion es en verdad muy difícil, pero no es con ingeniosas hipótesis y hábiles teorías como se deberá resolverla; la observacion clínica, las investigaciones experimentales y la estadística, podrán únicamente llegar á darle una solucion definitiva." En efecto, la cuestion es complexa y la division extrema.

Lachapelle, Goodell, Simpson, Barnes, Alexander Milne y Osiander, se deciden por la version; Stein, Boer, Joulin, Naegelé, Cazeaux y Hubert, por el forceps.

Para dilucidar esta cuestion, es necesario tener en cuenta: 1° el grado y la forma del estrechamiento, 2° la magnitud y compresibilidad de la cabeza, 3° el mecanismo del trabajo cuando la cabeza se presenta por su vértice y cuando se presenta por su base, 4° la intensidad de la traccion por la extremidad podálica y por el forceps, 5° el término del embarazo y por último la estadística de uno y otro procedimiento.

No consideraremos aquí únicamente el simple aplastamiento de la pélvis de adelante á atrás produciendo el acortamiento del diámetro conjugado del estrecho superior, sino que vamos á examinar cuál es el mecanismo del parto cuando el promontorio está proyectado hácia adelante, produciendo, no solo el acortamiento del diámetro promonto pubiano, sino tambien la mayor inclinacion del plano del estrecho que es, á mi modo de ver, la primera y principal causa de distocia en las pélvis raquíticas, osteomalácicas y espondilolistésicas.

En estos casos, y cuando el grado de estrechamiento permite aún el paso de la cabeza, ésta es lanzada directamente atrás, hacia el promontorio; pero como el eje de la matriz forma un ángulo agudo con el plano del estrecho, el esfuerzo uterino se descompone en dos fuerzas, una de las cuales impide el descendimiento del ovoide cefálico, y la otra lo lanza contra la sínfisis del pubis; en estas circunstancias, la cabeza afecta una direccion transversal y fijando su parietal posterior sobre el promontorio, el anterior describe una curva cuyo centro es el promontorio mismo.

Esta curva, que Barnes llama del falso promontorio, pasa por el eje del estrecho superior viciosamente inclinado, y no cae directamente hácia abajo como la curva de Carus, (1) sino directamente hácia atrás. Mr. Barnes se expresa así: "Es necesario, entonces, dirigir las tracciones en la direccion de esta órbita, quiere decir, más allá del promontorio."

Confieso ingenuamente, que no comprendo cómo se pueden ejecutar las tracciones, segun una línea que necesariamente pasa por alguna de las vértebras coxigeas ó más arriba, á menos de tener un forceps cuya curvatura pelviana fuera apropiada para cada grado de estrechamiento, pues de no ser así, ni conseguiremos hacer progresar el móvil, ni fuera inocente la maniobra para la cabeza del niño y para la sínfisis pubiana de la madre.

(1) Esta curva tiene por centro la sínfisis del pubis y coincide con el eje de la pélvis de inclinacion normal.

No me refiero aquí á los estrechamientos de sesenta y nueve á setenta y seis milímetros, en los cuales la version es el complemento obligado del parto prematuro de siete á ocho meses (Barnes), solo quisiera investigar si en los estrechamientos de setenta y seis á noventa milímetros, es preferible el forceps á la version ó viceversa.

Mr. Barnes dice: "una extensa experiencia me permite afirmar que la cabeza del niño vivo, de volúmen y consistencia comunes, apenas puede atravesar el estrecho superior reducido á ochenta y dos milimetros *sin el forceps;* no lo atraviesa, sino excepcionalmente, con la ayuda de este instrumento; la compresion que el forceps ejerce en estos casos, si no es largo tiempo sostenida, no es eficaz y no puede reducir el diámetro biparietal de 102 milímetros á 88, sin producir la muerte del feto."

Si aceptamos esta opinion, no cabe duda, valiera más abandonar el parto á la naturaleza que intervenir con el forceps, y solo nos obligaria á ello la imposibilidad de ejecutar la version por la salida de las aguas, la aplicacion inmediata de las paredes uterinas sobre el producto y la inmovilidad de la cabeza. Por otra parte, el valor de la version en los estrechamientos moderados se encierra todo en este hecho: "la cabeza pasa más fácilmente por la base que por el vértice." Esto, que extraña á primera vista, se explica por las experiencias de Simpson, que demuestran que la cabeza, tomada por el diámetro conjugado abajo del diámetro biparietal, es comprendida transversalmente—cuando se tira hácia abajo—haciendo que los parietales se aplasten y cabalguen al nivel de la sutura sagital.

Nadie negará que la traccion, y por consiguiente la compresion, es infinitamente más grande cuando se puede tirar de las piernas y el tronco, que la que se obtiene con el forceps más poderoso (Barnes). Aun más, colocada la cabeza transversalmente, el forceps no podria ser aplicado en el diámetro biparietal, y únicamente habria para colocarlo, los diámetros antero-posterior y oblícuo del ovoide cefálico, en cuyo caso no solamente no se favoreceria el cabalgamiento de los huesos del cráneo, sino que se impediria en cierto modo.

De las experiencias del Dr. Budin hechas sobre una pelvis artificial, con fetos de siete y nueve meses, se deduce lo que sigue: 1° en fetos á término, el forceps es preferible á la version en los estrechamientos de siete á ocho y medio centímetros, porque esta última maniobra no hace salir la cabeza sino á costa de la separacion, arrancamiento de las vértebras y hundimiento del parietal que se encontraba en relacion con el ángulo sacro-vertebral, mientras que el forceps la hace salir sin determinar ninguna de estas lesiones; 2° en fetos nacidos antes de término, sobre todo hácia el sétimo mes de la vida intra-uterina, la traccion es siempre menor cuando se hace la version, y mucho más considerable cuando se emplea el forceps, aun en pelvis estrechadas de cuatro y medio á siete centímetros; para explicar esta diferencia, Budin se expresa así: "en un feto de siete meses, en el cual se haya hecho la version, y cuya cabeza se encuentre colocada transversalmente arriba del estrecho superior las tracciones producirán la flexion de la cabeza, sustituyendo así á un diámetro largo—que va del orígen de la sutura fronto-parietal á la parte más saliente del occipital—por un diámetro corto que va del mismo punto anterior á la nuca. Este movimiento es facilitado por dos condiciones: 1ª por el detenimiento de la superficie posterior del occipital sobre el borde del estrecho superior; 2ª por la inclinacion, la oblicuidad de la superficie del parietal, superficie inclinada y sobre todo, depresible de atrás á adelante de la jiba parietal hácia la sutura parieto-frontal.

En el feto á término, el mismo movimiento se ejecuta; pero la línea que se extiende de la sutura fronto-parietal á la parte más saliente del occipital, y aun á la nuca, es siempre muy grande para permitir al diámetro bitemporal ponerse en relacion con el diámetro promonto-pubiano de la pélvis.

Los datos estadísticos recogidos por Goodell y Alexander Milne, vienen á confirmar hasta cierto punto las experiencias del Dr. Budin.

Alexander Milne refiere la historia de 16 mujeres de pélvis estrechada, cuyos hijos habian muerto todos, víctimas del forceps y la craniotomía. En todos los embarazos que siguieron, provocó el parto prematuro y ejecutó la version: sobre 38 casos, obtuvo 35 niños

vivos, y por lo tanto piensa que este procedimiento es preferible á los otros.

Goodell refiere 10 observaciones de niños á término extraidos por la version, y entre los cuales no cuenta mas que 3 casos completamente felices. Hay que advertir que Goodell, como Cazeaux y Naegele, hace la version despues de haber fracasado el forceps, así este último apunta en su tratado de partos, en la pág. 556, que los grandes peligros á que está expuesto el niño en los partos por la extremidad podálica, son suficiente razon para preferir el forceps á la version, y sin embargo, confiesa: 1º, que la aplicacion es difícil cuando á consecuencia de la gran proyeccion del promontorio, el plano del estrecho superior está muy inclinado; 2º, que la cabeza pasa más fácilmente por la base que por el vértice, aun cuando ignora la razon, y 3º, que en los estrechamientos poco pronunciados de 80 milímetros, la version es el *único* medio de salvar al niño. A pesar de esto, cree que solo se deberia recurrir á esta última maniobra, cuando las tentativas de aplicacion de forceps hubieran fracasado.... ¡Como si despues de haber intentado extraer la cabeza con el forceps, la fuente no se hubiera desgarrado, parte del líquido salido, y por consiguiente, el producto tuviera la movilidad que tenia antes de ejecutar la infructuosa aplicacion!

Mad. Lachapelle dice que sobre 15 niños extraidos por el forceps, en estrechamientos pelvianos, 7 han vivido y 8 han muerto, mientras que de 25 extraidos por los piés, 16 han vivido. La proporcion de éxitos es de dos tercios para la version y menos de la mitad para el forceps; "estos resultados felices de la version, agrega la ilustre partera, son debidos, sin duda, á la facilidad con la cual se puede, por medio de las tracciones sobre la extremidad podálica, dirigir la cabeza de una manera favorable. Cuando, al contrario, la cabeza se presenta primero, es verdad que casi siempre afecta una direccion transversal; pero puede, en rigor, estar en las relaciones más desfavorables, que el forceps no podria modificar en manera alguna."

Por último, "la version, dice Barnes, está justificada en los casos que permiten el paso de un niño vivo, y lo está tambien, cuando el estrechamiento, sin ser extremo, no permite el paso de un niño muerto; ahí está el límite de esta operacion. Más allá, como no es posible hacer pasar á un niño ni muerto ni vivo, vale más no intentarla."

En la pelvis oblícuo-ovalar de Naegele la version debe ejecutarse cuando el occipital se encuentra en el lado estrecho.

Reasumiendo: en el parto prematuro de 7 á 8 meses, es de regla la version (experiencias de Budin, casos clínicos de Alexander Milne). En el parto á término, cuando el estrechamiento es de 82 á 90 milímetros, quiere decir, en los estrechamientos poco pronunciados, el forceps es preferible á la version, porque exige menos fuerza y produce, por lo tanto, menor traumatismo; pero como despues de tentativas infructuosas de aplicacion de forceps, la version será más difícil y aun inpracticable, se debe ejecutar, deste luego, la version (Mad. Lachapelle). En los estrechamientos de 76 á 82 milímetros, la version igualmente, seria de regla, porque la compresion producida por el forceps, como no es largo tiempo sostenida, mataria al niño (Barnes). En estrechamientos de menos de 76 milímetros, nadie habla ya de version.

Todas estas consideraciones se refieren á los casos en que haya duda sobre la eleccion de uno ú otro procedimiento; pero si se reflexiona que las *condiciones* en que se aplica el forceps, son en muchos puntos diferentes y aun contrarias á aquellas en que se aplica la version, la duda no tiene razon de ser.

En efecto, si es imposible, ó por lo menos sumamente difícil, aplicar el forceps cuando la fuente se encuentra íntegra y la cabeza móvil, es totalmente impracticable ejecutar la version cuando el líquido amniótico ha salido y la cabeza se encuentre fija en el estrecho superior.

Este razonamiento que, segun mi modo de pensar, constituye el punto de vista primero, bajo el cual se debe ver la cuestion, ha sido confirmado por el Sr. Dr. D. Manuel Gutierrez, de cuyo criterio científico nadie podrá dudar.

Por todo lo expuesto, me creo autorizado para concluir que: *la version debe ejecutarse sin pérdida de tiempo* (1) *cuando en una pélvis estrechada el movimiento de descenso no puede efectuarse.*

(1) Antes que se rompa la bolsa de las aguas.

En cuanto á la conducta que hay que observar cuando falta el movimiento de rotacion, ya he dicho mi manera de pensar al ocuparme del parto en la pelvis mexicana, quiere decir, aplicacion de forceps en el momento en que se detiene la cabeza; pero si por desgracia el canal fuese demasiado estrecho, no quedaria más recurso que la perforacion.

Si el movimiento de extension fuere impedido por la ankílosis del coxis, la aplicacion del forceps seria benéfica y deberia ejecutarse en el momento en que se sospechara la causa de la distocia.

REMITIDOS CIENTIFICOS.

TOCOLOGIA.

SOBRE EL NUEVO MÉTODO DE CONVERSION EN LAS PRESENTACIONES OCCIPITO-POSTERIORES.

En el núm. 9 de la *Revista Médica de México*, correspondiente al 1° de Julio actual, he leido un artículo del Dr. Echávarri en el cual se refiere la historia de un caso en el que pudimos realizar satisfactoriamente y con facilidad la operacion que hace tiempo vengo proponiendo para convertir esas laboriosísimas presentaciones occipito-posteriores que desde Smellie y Levret vienen siendo el asunto de numerosos trabajos científicos.

No pretendo en el presente escrito reproducir, *in extenso*, lo que tengo dicho en mis anteriores trabajos, citados por el Dr. Echávarri, sino simplemente hacer algunas amplificaciones á la historia á que vengo haciendo alusion; y además, explicar, ya que la ocasion se presenta, por qué he dejado sin contestacion la última réplica que el Dr. San Juan hizo á mis estudios y sugestiones operatorias, que fué publicada en el núm. 7 de la "Gaceta Médica," tomo XXI correspondiente al 1° de Abril de 1886.

Finalmente, reproduciré algunos conceptos de un trabajo del Dr. Loviot, miembro de la Sociedad obstétrica de Paris, publicado en el "Journal de Médecine," con el título de "Des Mutations de Position par manœuvres externes pendant la grossesse,' que demuestra el grande incremento que van tomando en el arte tocológico esta clase de operaciones, sin que *hasta la fecha*, no obstante, se haya pensado y puesto en práctica el método que prohijo.

Sin embargo, tengo plena conviccion en el porvenir favorable de estas ideas; porque felizmente no están fundadas en hipótesis, sino en teoría de fácil verificacion, en hechos irrecusables que solo necesitan ser patrocinados (despues de su comprobacion) por alguno de los maestros que propagan su enseñanza verbalmente ó por escrito.

El caso que historía el Dr. Echávarri en la "Revista Médica," y en el que eficazmente ayudado por su valioso concurso, sucedió tal y como lo dice.

A mi llegada cerca de la paciente obtuve el conmemorativo que refiere, y pasando á la exploracion encontré lo siguiente: el volúmen del vientre nada tenia de particular, pero sí su consistencia, el globo uterino estaba tetanizado y las paredes del vientre muy tirantes: no era fácil apreciar por la palpacion la situacion de los respectivos planos external y dorsal del feto, ni aun siquiera si la cabeza estaba hácia la pélvis ó hácia arriba: los latidos del corazon fetal *solamente* se oian en la region lombar izquierda, sumamente débiles y frecuentes, al grado de no poderse contar. Por el tacto vaginal me aseguré de que la mollera anterior ó frontal estaba hácia la derecha, polo más ó menos frente á ia eminencia ilio-pectina; y aunque difícilmente é introduciendo dos dedos, porque la cabeza estaba muy alta (en el estrecho superior), toqué igualmente la mollera posterior, situada hácia atrás y á la izquierda. Me aseguré positivamente de que la fuente aun no estaba rota, por lo menos en el cuello uterino, pues aun se formaba una bolsa pequeña.

En esta situacion, quise intentar lo que en otra vez con ligera modificacion he hecho, es decir, la conversion del occipucio; y para ello me valí del auxilio del Dr. Echávarri, ya iniciado en estas ideas, y que ahora bondadosamente sirve de testigo sobre un hecho irrefragable.

Primeramente, introduje el dedo índice de la mano derecha (antes de dar cloroformo) por el recto, alcanzando perfectamente á tocar la cabeza, despues el índice y medio juntos, lo cual era favorecido por la laxitud del esfincter, cosa frecuentísima en estas circunstancias, alcancé repetidas veces el *promontorio, pude imprimir movimientos al occipital;* y ya seguro de este punto, que ha sido uno de los cuestionados, llamé á mi compañero. Rectificada la posicion, lo invité á que se cerciorara sobre los puntos que acabo de referir: es decir, que *tocara* la cabeza llevando los dos dedos índice y medio oblicuamente hácia la sínfisis sacro-iliaca derecha; que tocara igualmente el *promontorio;* que comunicara movimientos giratorios á dicha extremidad cefálica. Conviniendo en la exactitud de mis apreciaciones y datos objetivos, procedimos á dar cloroformo. Obtenida la reclucion completa y elevada la pélvis, quise que alternativamente ejecutásemos la operacion, haciendo primero el Dr. Echávarri la maniobra intestinal y yo la abdominal, cambiando despues de papeles para hacerla definitivamente. El

objeto era que percibiese cómo al pretender yo hacer girar sobre su eje el tronco, era posible que él imprimiese armónicamente igual rotacion á la cabeza; mas antes de terminar la conversion, le invité á que él hiciera la rotacion del tronco. Así sucedió, y ambos percibiamos muy claramente cómo avanzaba el dicho cambio. Una vez que yo toqué la prominencia formada por el occipital en la region pubiana, palpando por las paredes del vieutre, lo cual hizo tambíen él, pudo notar por la palpacion el cambio sufrido, y apercibir las desigualdades fetales inclinadas hácia la izquierda. Auscultamos, y yo tan solo (por estar ya ejercitado en el caso actual) pude notar las palpitaciones fetales, aunque sumamente oscuras y frecuentes, *arriba del púbis*.

Abocada bien la cabeza, introduje toda la mano en la vagina y me cercioré con evidencia de la nueva posicion, encontrando la mollera *occipital* directamente detrás del púbis.

Rompí la bolsa en el momento de una *contraccion* para fijar la nueva posicion y abandonamos el trabajo á la naturaleza, sin contar con la vida de la criatura, y no precipitando el parto por las justas razones que se alegan de la historia citada.

Pasando al segundo punto de este escrito, ó sea por qué no he contestado á la réplica que me hizo el Dr. San Juan en 1886, diré: que me proponia hacer experiencias en el cadáver, con el objeto de asegurarme sobre la posibilidad é inocuidad de la introduccion de la mano en el recto; pero principalmente, como ya habia dicho en mis anteriores trabajos, sobre si se podria alcanzar la cabeza por el intestino, con uno ó más dedos, sin tener necesidad de introducir *toda la mano*. No podia proporcionarme cadáveres y compañero para ejecutar dichas experiencias, por una parte, y por la otra cada dia adquiria la conviccion de que la introduccion de toda la mano era innecesaria. Y siendo esto así, no tenia objeto ya esa idea que *simplemente*, como se recordará, era una sugestion que se debia someter á estudio. Mucho menos inclinado me siento ahora para emprender ese estudio experimental, desde que no me cabe la menor duda de poderse ejecutar la maniobra que he propuesto, con solo dos dedos, el índice y el medio. Preveo que si el operador tiene la mano pequeña y los dedos menos largos que lo que es comun, necesite introducir los primeros cuatro dedos, lo cual indefectiblemente se mucho menos peligroso y susceptible de producir lesiones intestinales, que yo nunca he negado se puedan ocasionar con la introduccion de toda la mano, si ésta es notoriamente muy desproporcionada en volúmen respecto al del recto y se hace la introduccion con brusquedad.

Por último, desde el año de 1884 hasta la fecha, he tenido oportunidad de observar ocho casos de presentacion O. P. Solamente en uno terminó el parto por sí solo, saliendo la cabeza en la misma posicion. Era una multípara, el trabajo se prolongó 6 ú 8 horas más de lo que ordinariamente duraba en ella: el niño nació vivo y no hubo contratiempo alguno. De los 7 restantes he ejecutado mi método en dos, abreviando notablemente la duracion. En el primero de ellos, una vez que coloqué la cabeza, el parto terminó mediante una sola contraccion sostenida durante cinco minutos, y fué porque el cuello estaba completamente dilatado y dilatable. En este último, la ausencia de esta circunstancia demoró la expulsion. En los 6 casos restantes ha habido necesidad imperiosa de aplicar el forceps; bien es cierto que en la mayor parte se agregó la circunstancia de existir contraccion anormal de la matriz. Todos ellos formarán el asunto de una Memoria que me propongo escribir más tarde.

Veamos por lo que toque á la prioridad que algun dia se discutirá, sobre quién ha introducido al arte un proceder sencillo, racional y eficaz para remediar durante el parto y prevenir antes de él, las consecuencias frecuentes y fatales de esta clase de posiciones, lo que dice el Dr. Loviot en el artículo á que hice alusion al principio:

"La version cefálica (viene hablando de la version por maniobras externas) para las presentaciones de *hombro* es admitida y practicada por todos.

La version cefálica para las presentaciones de *asiento* encuentra todavía algunos opositores.

Se puede decir que hoy, de una manera general, la version por manipulaciones externas se ha vuelto clásica. *Como la naturaleza verifique algunas veces las versiones llamadas espontáneas, se ha tenido la idea de imitarla y se ha conseguido hacerlo.*"

He subrayado estas últimas palabras, porque, efectivamente, he partido de esa *idea* de imitar á la naturaleza. ¿No es cierto que, sobre todo en las primerizas, como Dubois hizo notar el primero, las presentaciones O. P. *suelen* terminar convirtiéndose ellas mismas en o. a. por razones que las experiencias del mismo han puesto en claro? Pues, ¿no era lógico hacer sistemáticamente lo que la naturaleza algunas (las más veces) no ejercita, quedando por lo mismo en peligro la vida del producto y exponiendo á la paciente á las mil vicisitudes y complicaciones de esta elase de partos, constantemente laboriosos y prolongados?

Sigue el Dr. Loviot:

"Pero la naturaleza efectúa tambien mutaciones espontáneas, es decir, cambios de posicion: una posicion derecha se trasforma en izquierda y una izquierda en derecha.

Estas mutaciones ocurren no solamente cuando

la region fetal, por ejemplo el vértice, aun no está encajada en la pélvis, *sino tambien despues de introducida en la excavacion, con tal que exista cierta movilidad.*

El feto verifica un movimiento de rotacion sobre su eje y el occipucio pasa de derecha á izquierda y de izquierda á derecha.

Estos cambios de posicion son familiares á todas las personas que examinan varías veces á las mujeres en los ultimos meses de su embarazo.

¿No podria imitarse en esto á la naturaleza?

Se han hecho algunas tentativas, no en verdad para trasformar una izquierda en derecha ó una derecha en izquierda, sino para cambiar una variedad posterior en otra anterior.

Estando la mujer sentada con el tronco doblado hácia adelante, *se dice* haberse conseguido cambiar la posicion del feto.

No desesperemos en que algun dia se llegue á conseguir el cambio de posicion haciendo girar artificialmente el feto sobre su eje, ya por maniobras externas únicamente, ó por externas é internas combinadas; pero el procedimiento está por encontrar.

Esta dificultad no podemos considerarla hoy insuperable; se puede resolver y la hemos resuelto por medio de un artificio que motiva la presente comunicacion.—*Dr. Loviot.*" (*Jour. de Med.* 4 Jull 1888).

Todo lo que he subrayado tiene estrecha relacion con el método de que trato, particularmente el penúltimo párrafo en el que dice: "No desesperemos." Tiene razon el Dr. Loviot: tan no hay que desalentarse, que esto se ha ejecutado en México desde el mes de Octubre (12) de 1883 y ha sido repetido el dia 11 del corriente Julio de 1888.

El tambien lo ha comenzado por otro medio y con otra indicacion, pues se trataba de una pélvis asimétrica y se queria llevar el occipucio del lado más ancho. Nada tiene que ver con mi método y por eso no insisto.

Solamente he deseado consignar ideas que favorables á las mias, demuestran á la vez, que en Europa aun no se ha logrado hacer lo que la teoría justifica y los hechos observados por el que suscribe comprueban.—Julio 25 de 1888.

DR. ANTONIO J. CARBAJAL.

CRONICA DE HOSPITALES.

HOSPITAL SAN ANDRES.

(Clínicas de 3er. y 5°.)

Queremos consignar aquí un hecho observado por los Dres. Terrés y Berruecos, jefes de las clínicas en este Hospital, referente á la ausencia de fiebre en ciertos casos de abscesos hepáticos.

Es bien sabido que uno de los síntomas comunes á todos los procesos purulentos, es que la fiebre adquiere el tipo intermitente.

En los casos que vamos á relatar, se vé que durante un largo período de observacion, la temperatura no se elevó arriba de la normal; que por lo tanto este síntoma no pudo ser un elemento de diagnóstico.

Ignacio Vargas, de México, 23 años de edad, alcohólico, su padecimiento comenzó hace cuatro meses: ingresó en este Hospital en Mayo de 88 en donde se le hicieron dos punciones en el hígado que no dieron salida sino á algunas gotas de sangre. En 23 de Julio del mismo año ingresó de nuevo á dicho establecimiento, quejándose de dolores en el vértice de los pulmones y con signos de tuberculosis en el primer periodo.

Por la inspeccion general del enfermo se descubre: un tumor duro lobulado indolente (que despues se hizo doloroso espontáneamente y á la presion), no fluctuante que ocupaba el epigastrio, prolongándose hácia el hipocondrio izquierdo y que despues se desarrolló en su parte derecha.

No ha habido elevacion de la temperatura con excepcion de dos dias en el mes, en que subió el termómetro á 38°1 y 38°3.

Se hizo la puncion que dió salida á gran cantidad de pus hepático.

* * *

Núm. 13, de la sala de Clínica de 5° año, Eleno Ramirez, de Guadalajara; 56 años de edad, alcohólico, ingiere grandes cantidades de alcohol.

Entró al Hospital el dia 6 de Julio y se notó un tumor en el hipocondrio derecho limitado hácia abajo por un borde convexo y duro; dolores á la presion y á la percusion.

No habia icteria ni perturbaciones digestivas.—Dia 1° puncion del tumor que por la falta de calentura hizo sospechar al Dr. Bandera, ser un tumor de la vesícula biliar.

La puncion dió salida á gran cantidad de pus hepático.

No ha habido calentura ni antes ni despues de la puncion.

* * *

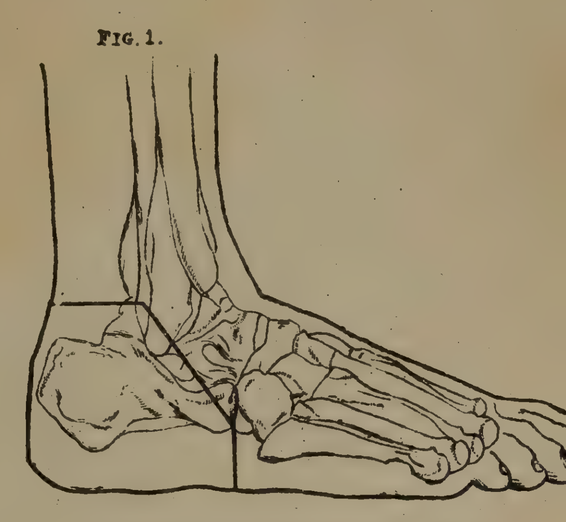
Arcadio Medina, de San Miguel, edad 35 años. Enfermedades anteriores pulmonía y reumatismo.—Alcohólico.—Su enfermedad comenzó en 86 por un exceso en la bebida.

Hepatitis aguda de la que no curó completamente. Dos años despues, vuelve al hospital con un absceso del hígado, abierto en los bronquios.

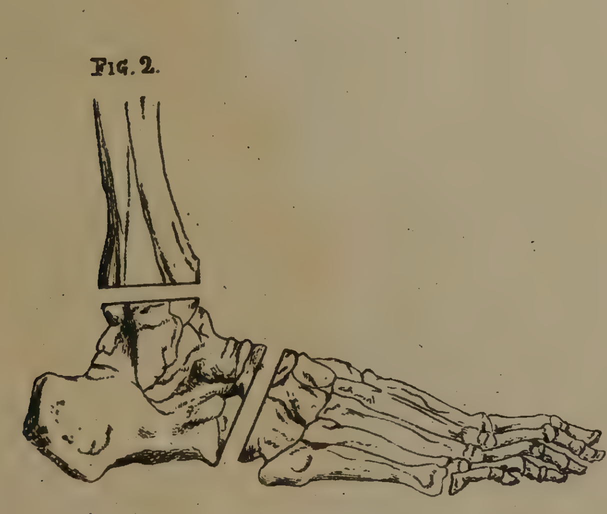
No ha habido calentura en 45 dias de observacion.



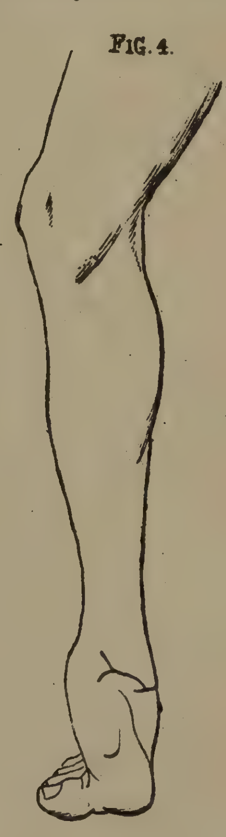
Forma que debe darse al calzado.



Incisiones en las partes blandas.



Línea de sección de los huesos.



Muñón después de la resecció[n]

Resección osteo-plástica por el método de Mikulicz.

cion, que como es sabido no carece de peligros aun con las garantías del Método de Lister.

Decidida, pues, la intervencion, el señor Lavista se propuso abrir completamente la articulaciòn, con dos objetos: el primero, hacer una confirmacion positiva de su diagnóstico; el segundo, hacer la curacion conveniente.

Despues de pensar en las diferentes maneras de abrir la articulacion en cuestion, fijó su atencion en la artrectomía tendinosa, por la siguiente razon:

Sabido es que los tendones se cicatrizan lo mismo que cualquier tejido; pero en el caso presente, el tendon rotuliano, tiene más probabilidades de cicatrizacion que el hueso que le sigue, esto es, la rótula.

Operacion.—1º Anestesia por el cloroformo.

2º Asepsia de la region, los operadores, los ayudantes y los instrumentos.

3º Incision curva, en forma de herradura, de concavidad inferior abajo; parte del nivel del cóndilo externo del femur y termina al nivel del cóndilo interno, pasando al nivel del borde superior de la rótula. Esta interesó todas las partes blandas hasta descubrir los huesos. Hemostasia perfecta.

Abierta que fué la articulacion se vió lo siguiente:

Destruccion completa de los ligamentos laterales y cruzados, pérdida del periosteo, de la sinovial; pequeñas porciones huesosas en vía de destruccion y en lugar de estos tejidos una sustancia fungosa, de color blanco y gris, sanguinolento, de consistencia semejante á la sustancia cerebral y que se difunde entre todos los intersticios de los músculos, hácia arriba entre el recto anterior y el vasto externo. Este putrílago se quitó haciendo primero una incision vertical de 0.13 cent. que partió del borde superior de la incision curva y siguió el espacio intermuscular hasta descubrir la cara anterior del femur. Se separaron los tejidos, se descubrieron bien los músculos que tenian putrílago; se hizo la raspa completa por medio de la cucharilla de Wolkman, así como en las superficies articulares que fueron vistas perfectamente forzando la flexion de la pierna sobre el muslo.

Terminada la raspa se hizo la destruccion de los tejidos huesosos enfermos con el osteotomo de Macewen.

Se hizo la asepsia y la sutura del tendon del triceps. Se canalizó, se suturaron los tejidos y se puso una curacion de Lister. En seguida se colocó el miembro en una canal de alambre.

El dia (27 de Junio de 1888) de la operacion tuvo el enfermo vómitos tenaces y dolores tan agudos que se hizo necesario apelar á las inyecciones hipodérmicas de morfina.

Su temperatura á las 6 y 40ᵐ p. m. fué de 37°5.

Noche del 27. Insomnio, por el dolor y los vómitos.

Dia 28, temperatura 20° a.m. 36°6.

Siguen los vómitos, los dolores, y postracion grande. Se cambia la curacion y se encuentra un poco sanguinolenta.

Temperatura 6-40ᵐ p. m. 37°.

Dia 29. Los vómitos siguen á pesar del opio, el hielo, y el agua gaseosa, dolores, insomnio y postracion.

Temperatura 9-40 a.m. 36°8.

Temperatura 6-40 p.m. 36°8.

No se cambia el apósito.

Dia 30. Disminuyen los vómitos, no el dolor, anorexia y sigue la postracion.

Se cambia el apósito, la herida vertical se encuentra casi cicatrizada, y la curacion con poco pus, serosidad y sangre.

Temperatura 9-40 a. m. 37°1.

Temperatura 6-40 p. m. 37°.

Dia 1º de Julio. Los vómitos han desaparecido, ha dormido, el dolor disminuye y las fuerzas se levantan.

Temperatura 9-40 a. m. 37°1.

Temperatura 6-40 p. m. 38°.

Dia 2. Igual al anterior.

Temperatura 9-40 a. m. 38°.

Temperatura 6-40 p. m. 38°5.

Dia 3. Curacion por el dolor que reapareció intenso y la temperatura.

Temperatura 9-40 p. m. 39°.

Temperatura 6-40 a. m. 39°.

Inquietud, insomnio, dolores y anorexia.

Dia 4. Se encuentra la curacion con poco pus, se quitan algunos puntos de sutura y se evacua el pus retenido, que es de buena naturaleza.

Temperatura 9-40 a. m. 38°5.

Temperatura 9-40 p. m. 39°.

Dia 5. Se encuentra el apósito con bastante pus de buen aspecto, sigue el ínsomnio, la anorexia y los dolores.

Temperatura 9-40 a. m. 39°.

Temperatura 6-40 p. m. 39°2.

Dia 6. Curacion. Apósito con bastante pus de buen aspecto. Muchos dolores, sobre todo durante la curacion.

Temperatura 9-40 a. m. 38°7.

Temperatura 6-40 p. m. 39°.

Dia 7. Curacion. Apósito con poco pus, se quitan los tubos y se suplen con tiras de algodon absorbente.

Temperatura 9-40 a. m. 37°8.

Temperatura 6-40 p. m. 39°.

Dia 8. El estado general malo, menos dolores, más sueño y hambre.

El apósito con bastante pus y de buena naturaleza.

Temperatura 9-40 a. m. 37°3.
Temperatura 6-40 p. m. 38°6.
Dia 9. Igual al anterior.
Temperatura 9-40 a. m. 38°.
Temperatura 6-40 a. m. 39°4.
Dia 10. Igual al anterior.
Curacion.
Temperatura 9-40 a. m. 38°1.
Temperatura 6-40 p. m. 39°6.
Dia 11. Igual á los anteriores.
Curacion.
Temperatura 9-40 a. m. 38°5.
Temperatura 6 40 p. m. 37°8.

Dia 12. El estado general se mejora, hay menos dolores, sueño y hambre.

Curacion.
Temperatura 9-40 a. m. 38°.
Temperatura 6-40 p. m. 37°6.
Dia 13. Igual al anterior.
No se cura.
Temperatura 9-40 a. m. 38°1.
Temperatura 6-40 p. m. 38°.
Dia 14. Igual al anterior.

Se cura, sale bastante pus con facilidad y de buena naturaleza.

Temperatura 9-40 a. m. 38°1.
Temperatura 6-40 p. m. 38°.

Dia 15. Sueño completo, no hay dolores, solo durante la curacion; hambre.

Temperatura 9-40 a. m. 38°6.
Temperatura 6-40 p. m. 38°8.
Dia 16. Lo mismo que el anterior.
Temperatura 9-40 a. m. 38°1.
Temperatura 6-40 p. m. 40°.

Dia 17. El estado general muy descompuesto, dolores fuertes, insomnio y anorexia.

Se desgarra una parte del tejido de cicatriz y se ponen tubos de canalizacion debajo de la rótula.

Temperatura 9-40 a. m. 38°2.
Temperatura 6-40 p. m. 39°6.

Dia 18. La noche mejor que la anterior, menos dolores, anorexia y sed, se quita el apósito y se encuentra mucho pus de buen aspecto.

Temperatura 9-40 a. m. 38°3.
Temperatura 6-40 p. m. 39°6.

Dia 19. El enfermo entra desde este dia en plena convalecencia, y sigue reparando sus fuerzas.

El Sr. Profesor Lavista entrará en consideraciones sobre el presente caso.

REVISTA EXTRANJERA.

PATOLOGIA EXTERNA.

Ttatamiento del hidrocelé por el despegamiento y la excision de la túnica vaginal.—El Sr. Nicaise ha insistido en otra ocasion sobre la ventaja que hay, en la curacion radical de la hernia inguinal, en despegar el saco peritoneal de la envoltura fibrosa de las bolsas. Cree que esta práctica debe imitarse en el tratamiento del hidrocele por la excision, y escribe, á este respecto, una interesante Memoria en la *Revue de chirugie* (Février 1888.)

En efecto, con frecuencia el forro fibro-celuloso que exteriormente tapiza la túnica vaginal, se engruesa y se vasculariza en los hidroceles, sobre todo si son antiguos. Esta túnica fibrosa normalmente es vascular, lo que permite distinguirla de la serosa que por ella está cubierta.

En la actualidad no se debe estar satisfecho con el procedimiento de la incision pura y simple tal como Volkmann lo practicaba al principio. Se necesita, para legitimar la intervencion sangrante en la cura del hidrocele, recurrir á la excision, la única que hoy se practica, aunque, por costumbre, se siga hablando del método de la incision.

Es pues la excisión el único método actualmente empleado; pero mientras que Volkmann sutura los labios de la vaginal en la piel para poner al abrigo de la infiltracion el tejido flojo y fino que tapiza el dartos, el Sr. Julliard cierra completamente los dos labios de la vaginal sin reunirlos á la piel y sin establecer la canalizacion; el escroto se sutura separadamente y se coloca un tubo en el ángulo inferior de la herida cutánea.

Bergmann va más lejos que Julliard que dejaba serosa la necesaria para cubrir el testículo; divide toda la porcion parietal de la vaginal y el testículo no quedaba cubierto sino por la piel del escroto forrada por su capa celulosa.

El Sr. Nicaise propone una nneva modificacion á la técnica operatoria: *separa la vaginal de su envoltura fibrosa;* hace la exsicion amplia y la sutura completa; pero respeta la túnica fibrosa externa. De esta suerte, evita una hemorragia, siempre seria, y no ataca el tejido celular que se halla protegido contra la infiltracion.

Esta decorticacion anterior de la vaginal no es siempre posible; pero el Sr. Nicaise aconseja el intentarla. (*Gazette des Hopitaux.* Juin 7—1888).

Comunicacion original.—*Una série de ocho casos de peritonitis aguda, tratados por la seccion abdominal y la canalizacion*, por el Dr. Lawson Tait.—Los constantes progresos verificados en la cirujía abdominal

deben ser satisfactorios para todos los que de esta materia se ocupen, y aunque estos progresos hayan nacido enmedio de controversias enojosas, esto no debe de lamentarse, porque sin ellas, estos adelantos hubieran sido de todo punto imposibles. He tomado participacion en varias de éstas y no me pesa lo que se haya dicho de mí, de las opiniones que haya yo adelantado ó de mis trabajos sobre el particular, ni tampoco me retracto de lo que yo haya contestado.

No hay hombre verdaderamente sincero que no use un lenguaje áspero, y yo sin razon ó con ella, siempre he sostenido mis convicciones francamente y las he expresado de igual manera.

Los resultados de algunas de estas polémicas, se encuentran ya fuera de toda discusion, como ha sucedido con la paracentesis ovárica y los tumores paraováricos; práctica que ha quedado relegada al olvido, por do quiera que nuestra influencia se extienda, debido á la gran oposicion que le hemos hecho Bantock y yo.

La notable diminucion de la mortalidad en la operacion de la ovariotomía, está suficientemente acreditada segun nuestro entender, por aquellos que primero nos atrevimos á intervenir en estos casos, (Sociedad Familiar de Lóndres); y lo digo esto con un énfasis tanto más satisfactorio, cuanto que es sabido que hace cerca de 7 años operé un tumor ovárico ó paraovárico que habia reconocido en mi consulta de Birmingham, y que antes fué puncionado por otro práctico. Los pocos que nos han criticado (injustamente), son los de los distritos lejanos, para quienes nuestras doctrinas del "Midland Medical Society" apenas son conocidas.

La conclusion, como antes se ha dicho, ha sido que el éxito de la operacion depende de la premura con que se haga; porque los casos que se retardan ó se piensan, son aquellos que tienen un resultado más desfavorable.

Alentados así por los éxitos obtenidos en varias ovariotomías hechas con oportunidad y con la absoluta incredulidad por el *terror del peritoneo*, que existia en el ánimo de nuestros predecesores, adelantos en otro sentido fueron su *consecuencia natural* y en ningun caso esto se ha probado más que al tratarse de las inflamaciones agudas del interior del abdómen y de las obstrucciones intestinales.

Aunque mi relacion parezca exagerada, permitidme que comience en cada caso con la narracion de un hecho desagradable, pues nada enseña mejor el camino del éxito, á reserva de hacer comprenderlo mejor con explicaciones detalladas.

Hace algunos meses fuí llamado urgentemente á prestar mis auxilios á una señora, que segun decia el telegrama, sufria de una peritonitis puerperal. No indicaré ni el lugar del suceso ni las personas responsables de él, porque bien sé cuán amargamente han sentido la historia que voy á relatar y no quiero agregarles un nuevo pesar, al saber que yo la he hecho pública.

Baste saber que tuve que emprender una jornada de 350 millas.

Salí, como acostumbro, provisto de mi arsenal quirúrgico, y al llegar encontré á una señora á la que hacia ocho dias le habian extraido un niño con el forceps. Su estado era grave, estaba casi moribunda, atacada de una peritonitis aguda.

El práctico original que se encargó al principio del caso, habia creido encontrar un obstáculo al paso de la cabeza, y despues de varios intentos, todos infructuosos, con el forceps, pidió la ayuda primero de un compañero y luego de otro. Todos convinieron en que un tumor se presentaba en la parte anterior de la cabeza, y despues de muchos esfuerzos para extraerla, sin ningun éxito, decidieron de comun acuerdo por desgracia, puncionarlo por el recto. Este segundo error fué feliz. Extrajeron cerca de un litro de agua, y en seguida sacaron el producto ya sin ninguna dificultad.

La paciente estuvo bien hasta el cuarto dia, en que le sobrevinieron los síntomas de la peritonitis. Su tercer error, mucho peor que los otros, consistió en que ellos contaron el caso á todo el mundo por espacio de cuatro dias, cuando por fin se decidieron á mandarme llamar.

Cuando llegué, no me fué difícil comprender que habian picado un quistesito pélvico, que éste habia supurado vertiendo su contenido dentro del peritoneo, siendo esto la causa del mal estado en que se encontraba la enferma. Aconsejé la inmediata seccion de la pared abdominal, sin gran esperanza de salvarla, pues no podia sentir el pulso de la enferma.

Abierta que fué la cavidad del vientre, se sacaron cerca de tres pintas de un pus fétido y mal ligado y encontré que la causa de todos los fenómenos era un quistesito para-ovárico, cuyas paredes estaban gangrenadas. Lo extirpé, pero la paciente sucumbió á las seis horas.

Mi equivocacion en este caso consistió en admitir el caso como un inéxito de ovariotomía, lo cual es perjudicial á mi estadística. La primera equivocacion en este caso, consistió en que la enferma no estuvo anestesiada hasta la resolucion completa, la cabeza comprimida retrocedió y el tumor resbaló colocándose delante de ella.

Hecho esto, lo que pudo traer poca ó ninguna dificultad, se debia de haber dejado el tumor para tratarle despues de la convalecencia ó el puerperio. El segundo error consistió en puncionar el tumor

por el recto, lo que traia como consecuencia natural su supuracion, porque no se da ningun tumor pélvico que se haya tratado así, que no supure; considero, pues, este modo de obrar como iujustificable.

En ciertas circunstancias está permitido hacer esta puncion por la vagina y si no hubiere sido posible llevar este tumor más allá de la cabeza, este procedimiento hubiera estado justificado, despues de haber intentado por el exterior, mover el tumor en todos sentidos para cercioriarse de la imposibilidad de reducirlo.

Además, teniendo ellos conocimiento completo de la puncion que habian hecho, cometieron una gran imprudencia de permanecer, sin hacer nada, durante cuatro dias, viendo comenzar la peritonitis y esperar todavía otros cuatro dias más en pensar si estaba indicada la intervencion quirúrgica.

Igual causa tiene la gran mortalidad que se observa en las peritonitis puerperales.

Estoy plenamente convencido de que la mayor parte de los casos de lo que se ha llamado fiebre puerperal, tienen un orígen puramente local, y á medida que más crece mi experiencia sobre el particular, mayor es mi conviccion.

He comenzado á probar, y lo seguiré haciendo en lo de adelante, que estos casos, aun cuando parezcan desesperados, deberán ser tratados, siempre, por la intervencion quirúrgica, pudiendo verse coronados de éxito.

Por otra parte, existen un gran número de casos donde evidentemente hay una *infeccion general sistemática*, de lo que me he convencido por muchos ejemplos deplorables. Pero aun así, la expresion local de un gran absceso peritoneal, indica la intervencion quirúrgica, tanto como si el mal estuviera en la articulacion de la rodilla.

En mi práctica he observado los casos peores y casi sin esperanza, en los primeros partos, y estoy seguro de que los parteros deben emprender de nuevo el estudio de esta *cuestion complexa* bajo el nuevo punto de vista del cuidadoso exámen *postmortem* de cada caso, práctica que se ha descuidado casi por completo.

No se debe, pues, seguir publicando bajo el mismo título los casos de *fiebre puerperal* y de *peritonitis puerperal*, sin tener un conocimiento profundo de su verdadera naturaleza.

La cuestion de la influencia que los primeros partos tienen sobre la frecuencia y el modo como se produce la muerte, debe ser tomada en seria consideracion, pues sabemos cuánto influye esto sobre los casos desgraciados en otro sentido.

He operado muchos centenares de rupturas del perineo, y solo en tres no se trataba de primíparas. Tambien he operado un gran número de fístula vesico-vaginal y solo dos no habrán sido producidas en el primer parto.

Antes que limitara yo mi práctica á la ginecología, fuí llamado para algunos casos de eclampsia puerperal, (aun hoy excepcionalmente tengo uno) seguramente he visto más de treinta; solo tres pacientes no eran primíparas.—*(Anales de Gynecologia de Boston Juuio 88.)*

(*Continuará*).

TERAPEUTICA.

EXÁMEN DE LA PUPILA PARA SEGUIR LA ADMINISTRACION DEL CLOROFORMO.—No siempre es fácil conocer el momento preciso en que el enfermo está bastante cloroformado para poder proceder á la operacion que ha nacido del empleo de este anestésico. M. J. Henry Nelson da las indicaciones siguientes:

1º El primer efecto del cloroformo es dilatar la pupila á diversos grados y durante un tiempo variable; despues produce la contraccion, la narcosis profunda, y en fin, nueva dilatacion cuando el enfermo muere.

Si se continúa administrando el cloroformo cuando la pupila está fuertemente contraida, se le ve dilatarse brusca y completamente; este efecto coincide con un estado del cual es difícil sacar al enfermo. Esta última es la dilatacion pupilar de la asfixia.

2º En tanto que la pupila se dilate y responda á las excitaciones exteriores, el enfermo no está suficientemente anesteciado, á menos que la operacion sea ligera y no exija una anestecia completa.

3º Cuando la pupila se contrae fácilmente y permanece inmóvil, es preciso suspender la administracion del cloroformo hasta que la dilatacion se produzca lentamente. Si entonces hay necesidad de prolongar la anestecia, se agrega un poco de cloroformo hasta que la pupila se contraiga de nuevo.

La regularidad de la respiracion y del pulso, que son ciertamente los mejores signos del efecto del cloroformo y de una importancia capital para su administracion, no dan en ciertos casos dato alguno sobre el estado de la sensibilidad; en estas circunstancias la observacion de la pupila puede ser de gran utilidad. En cuanto á la sensibilidad de la conjuntiva, no puede tomarse como cierto, pues muchas veces la anestecia de la conjuntiva es completa largo tiempo, antes que el enfermo esté anesteciado. Observando la pupila el que administra el cloroformo, posee un medio de conocer el momento en que debe detenerse; este momento es cuando la pupila comienza á dilatarse ligeramente. Puede aún administrar algunas gotas de cloroformo, para no suspender la cloroformizacion.

La cantidad de cloroformo necesario para mantener al enfermo en este estado de anestecia, es me-

nor que la que fuera necesaria para ponerlo muchas veces bajo sn influencia y como en suma, se maneja una droga peligrosa, vale más emplear lo menos posible, sobre todo en las operaciones largas.

Demás de esto, la dilatacion de la pupila está en relacion constante con la presion sanguínea. Experimentando sobre perros, se ha visto que la contraccion de la pupila sobreviene cuando la presion disminuye mucho y despues de haber alejado el cloroformo; la dilatacion no reaparece sino cuando la presion sanguínea aumenta; este signo es considerado por el comité de la Asociacion Británica como uno de los principales peligros que pueden acaecer durante la administracion del cloroformo; debemos felicitarnos de la adquisicion de este signo que nos da la medida del estado de la presion arterial.—*(Britich Medical Journal.)*

EL OXALATO DE CERIO.—Poco usado hasta hoy en medicina, el cerio, al estado de oxalato, parece prestar grandes servicios para combatir la tos rebelde. Segun el Sr. Cheesman *(New York medical Record,* 2 de Junio de 1888), que ha vuelto á emprender los estudios de Simpson (que datan de 1859) y de otros prácticos, el oxalato de cerio ha disminuido ó suprimido la tos en la mitad de los casos en que se ha usado: casos de tísis pulmonar ó laringea, astma, etc. La dósis es de 6 ú 8 centígramos diarios; pero se puede elevar á 1 gramo, y más aún, sin inconvenientes. Segun Gardner, este medicamento es tambien muy útil contra el mareo: la dósis es de 6 ó 7 centígramos, lo menos, cada dos horas, hasta el alivio; pero se puede llevar á 15 centígramos cada tres horas.—*(Revue Scientifique,* 30 Jun. 1888).

TRATAMIENTO SIMPLE DE LA GRIETA DEL ANO EN LA MUJER, (Créquy.)—Despues de haber ordenado á la enferma que rija el vientre todas las mañanas, aunque necesite, para ello, de una lavativa, el cirujano introduce entre los labios de la grieta una mechita de hilas (unas veinte hebras) mojada en cloral al quinto. Esta mecha es arrojada espontáneamente al otro dia en la primera evacuacion, y en seguida se reemplaza por otra mecha.—*(Journal de Médecine,* Paris, Juillet 1888.)

USOS MEDICINALES DEL TIMOL.—El Dr. Federico Henry dice haber empleado el timol, con éxito, en un gran número de casos de desórdenes intestinales, de catarros agudos y crónicos, de fiebre tifoidea. Inmediatamente ha notado un abatimiento de la temperatura, una diminucion en el número diario de evacuaciones, ausencia completa de excitacion cerebral; lengua húmeda, limpia.

El empleo del timol, está basado en sus bien conocidas propiedades antisépticas; y su accion, en os casos que acabamos de citar, es favorecida por su gran insolubilidad, gracias á la cual llega al intestino, se mezcla á su contenido, neutraliza las ptomainas tóxicas que, en los catarros del aparato gastro intestinal, se forman en cantidades considerables. Además, se sabe que un gran número de médicos admiten que es á la absorcion de estos productos tóxicos de fermentacion, que se deben la mayor parte de los síntomas tíficos. Esta opinion no reposa solo en la teoría, puesto que durante la administracion del timol, el fenol, que es uno de los productos más constantes de la putrefaccion intestinal y que es casi completamente eliminado con la orina, no se encuentra ya en esta excrecion.

El Dr. Henry prescribe el timol, siempre bajo la forma de píldoras, tomando como excipiente el jabon medicinal. La dósis ordinaria es de 12 á 15 centígramos cada 6 horas, y aun cuando se puede, sin peligro aumentarla, admite que los resultados obtenidos no son por eso mejores. Solo en un caso ha señalado la operacion de turbaciones digestivas.—*(Medical News).*

INCOMPATIBILIDAD DE CIERTOS MEDICAMENTOS.—No se deben asociar los alcaloides con las bases ó ciertas sales alcalinas, por ejemplo, el sulfato de estricnina con el bromuro de potasio ó el cloral. En este caso, se forma un precipitado cristalino compuesto, en gran parte, de bromuro de estricnina insoluble; y si no se tiene cuidado de agitar convenientemente la botella, la última dósis puede producir efectos tóxicos. La misma observacion se aplica á la prescripcion siguiente: sulfato de morfina 8 centígramos, acetato de amoniaco líquido, agua destilada, jarabe simple: de cada una de estas sustancias 4 gramos. En semejante caso, el ácido acético se neutraliza y queda un exceso de carbonato de amoniaco que precipita al alcaloide. Bajo la influencia del ioduro de potasio, el calomel se descompone en el estómago en una sal mercurial irritante.

Hé aquí un caso en que se desarrollan muchos gases, á veces con explosion. Carbonato de amoniaco 2 gramos, oximel escilítico y jarabe de polígala â 25 gramos. El ácido acético se combina con el amoniaco y el ácido carbónico se desprende.

Se sabe que el percloruro de fierro con un mucilago gomoso, da una jalea insoluble. En esta prescripcion: clorato de potasa 1 gramo, ácido clorhídrico 4 gramos, agua 1,000 gramos, se produce cloro libre si se pone el clorato despues del ácido; y se forma ácido clórico, si se agrega el ácido clorhídrico despues del clorato.—*(Monitore dei farmacisti.)*

SOBRE LA NUEVA DROGA: EL GERANIUM MACULATUE. *(Journal of the Americ. Med. Association,* 29 Octubre 1887).—En la última sesion de la asociacion médica americana, el Dr. Shœmater ha leido un trabajo concerniente al *Geranium maculatum.*

El extracto de la planta contiene una cantidad de ácidos tánico, gálico, goma, almidon, azúcar, una sustancia colorante y diversas oleo-resinas.

La parte de la planta empleada en terapéutica es la raíz pulverizada que se prescribe en la dósis de 50 centígramos á 2 gramos. Segun el autor, el *Geranium maculatum*, goza de propiedades hemostáticas en todas las formas y variedades de hemorragias; hemoptisis, hematemesis, epistaxis, todas ellas son contenidas por el empleo del geranium ora al interior, ora localmente, segun los casos.

Seria necesario comprobar las afirmaciones del autor, sobre todo por lo que toca á la segunda parte de su trabajo, segun la cual el *Geranium maculatum* se mostraria eficaz en la púrpura, en el escorbuto, en la diatesis hemorrágica. En la diarrea por enteritis simple, en la fiebre tifoidea, en el cólera, las lavativas de geranium serian muy eficaces. (?)

En la tísis y la bronquitis crónica, este medicamente disminuye la tos (!); en la anemia, la clorosis, la amenorrea que acompañan estas afecciones de naturaleza aún problemática, el geranium se mostraria benéfico. En fin, en muchas afecciones cutáneas, las aplicaciones locales de este nuevo astringente, serian ventajosas.

¡Siempre panaceas!

Un nuevo diurético, el Higrophila spinosa.—(British Med. Journal.)

El higrophila spinosa ó Asterocantha longifolia es una planta herbácea espinosa que crece comunmente en las regiones pantanosas de la isla de Ceylan y pertenece al órden natural de las Acantáceas.

El Dr. Jarjesingha emplea indiferentemente todas las partes de la planta y hace un cocimiento con 60 gramos de la yerba seca en medio litro de agua. (Media hora de ebullicion y fíltrese).

En 6 individuos atacados de anasarca generalizada, y tratados por este nuevo diurético, ha obtenido la curacion perfecta en cuatro casos. La cantidad diaria de orina aumenta extraordinariamente: en un caso esta cantidad llegó á 192 onzas, sean 6,144 gramos. Es importante notar, que en este último caso, la tintura de digital habia fracasado como diurético.

FORMULARIO.

LA PARALDEIDA EN LOS VÓMITOS INCOERCIBLES.— El Dr. L. A. Moure dice: "La he usado en la irritabilidad ovárica con desórdenes simpáticos del estómago y en las penosas náuseas de la jaqueca, con los más satisfactorios resultados. Hé aquí la fórmula empleada:

Paraldeida	40 gotas
Jarabe simple	30 gramos

m. y tómese una cucharadita en una poca de agua cada media hora.

Esta corta dósis no provoca efectos hipnóticos. Obra como sedativo, no solamente sobre la mucosa del estómago, sino tambien produce un efecto calmante en todo el sistema.

Bastan, generalmente, pequeñas dósis; y no más objecion que hacer al uso de esta sustancia, que su olor desagradable."—*(Albany Medical Annals).*

CÓLERA INFANTIL. — Tedeschi recomienda la siguiente fórmula como el mejor sustitutivo de la leche de vaca en el cólera infantil:

Clara de huevo...............	núm. 1.
Aceite de almendras dulces.....	35 grams.
Azúcar de leche..............	40 ,,
Carbonato de sosa	40 ,,
Cloruro de sodio..............	20 ,,
Fosfato de cal (neutro)	2,50 cent.
Agua.......................	1 litro

Hágase una emulsion.

Este mixto alimenticio ha sido usado en cincuenta y un casos de cólera infantil, de los cuales cuarenta y cuatro curaron y tres fueron funestos. El resultado de los otros cuatro casos no se supo. —*(Weekley Medical Review.)*

TRATAMIENTO DEL DIVIESO DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO.—Para detener en su principio los diviesos del conducto auditivo externo, Weber Liel recomienda inyectar una solucion fenicada al 5%, con ayuda de una jeringa de Pravaz. Se introduce la aguja de la jeringa á uno ó dos milímetros del divieso y se inyectan de 2 á 4 gotas de la solucion. Así se llega á hacer cesar rápidamente el dolor y la tension de los tejidos, y, cuando se trata un divieso en su principio, basta una sola inyeccion para detener los progresos del mal. *(Les nouveaux Remédes*, Fév. 24 1888).

TRATAMIENTO DE LAS GRIETAS DEL SENO.

Gutta-percha........................ 1 10

Cloroformo puro c. b. para disolver. Se untan los puntos escoriados, en donde se forma, al secarse, una película que no se desprende ni despues de dar de mamar.

TRATAMIENTO DE LA DIARREA VERDE DE LOS NIÑOS. (Hayem.)

1º Administrar al niño, despues de que mame, una á dos cucharaditas de la siguiente pocion:

Agua destilada...............	75 gramos
Acido láctico................	2 ,,
Jarabe simple................	25 ,,

2º Tener cuidado de desinfectar los pañales su-

cios, rociándoles con una solucion concentrada de ácido bórico ó de una solucion al 1% de sublimado.—*(Les Nouveaux Remèdes.)*

TOXICOLOGIA.

EL CLORAL COMO ANTÍDOTO DE LA ESTRICNINA.—A consecuencia de un envenenamiento ocasionado por la ingestion de 6 granos de estricnina, felizmente combatido por el cloral, el Dr. Faucon apunta las consideraciones siguientes:

El café, administrado inmediata y continuamente, tiende á detener el proceso tóxico y háce ganar tiempo. El iodo y el ácido tánico retardan la intoxicacion. El emético y la ipeca están indicados, pero frecuentemente sin efecto. Cuando se han administrado esas sustancias, el cloral debe ser mirado como un poderoso antídoto.

Se puede combinar la administracion interna del cloral con inyecciones hipodérmicas de 3 granos.

Débese proporcionar las dósis de cloral á la intensidad de los síntomas tóxicos; pero en casos desesperados, úsense dósis elevadas.

Si la terminacion no es rápidamente mortal, el pronóstico no es necesariamente desfavorable, á pesar de la ingestion de gran cantidad de veneno y la larga duracion de los síntomas tóxicos.

Las inyecciones intra-venosas de cloral deben ser reservadas como una medida extrema.

Conviene hacer observar que aunque el cloral obre sobre los fenómenos de intoxicacion, no puede siempre prevenir las manifestaciones tóxicas, si la estricnina ha sido absorbida en grandes cantidades.

Importa notar que es prudente emplear siempre los eméticos y el ácido tánico.

NOTICIAS VARIAS.

Por un olvido que hoy reparamos, no se colocó la firma del Dr. Miguel Cordero al calce de la observacion de hematocele retro-uterino, inserta en nuestro número anterior.

Nos complacemos en decir que el Dr. Cordero fué el operador á quien se debió ese feliz éxito.

AVISAMOS á nuestros suscritores foráneos, que para facilitar el pago de su suscricion mensual ó semestral, pueden hacerlo enviándonos timbres postales por el valor correspondiente.

Dirigirse á la calle del Refugio núm. 15 (entresuelo).

DEL VALOR TERAPEUTICO DEL ICTIOL.

Este producto ha sido preparado por la primera vez por Schroter, químico de Hamburgo, quien lo obtuvo por la accion del ácido sulfúrico sobre la roca bituminosa.

Esta sustancia de la consistencia de la vaselina, tiene el olor y aspecto del alquitran; su reaccion es alcalina; es soluble en el agua y en parte solamente en el alcohol y en el éter, pero muy soluble en la mezcla de estos dos últimos cuerpos.

El Dr. Unna ha sido el primero en señalar su valor terapéutico en las enfermedades de la piel. Los resultados de sus experiencias en el tratamiento de la lepra han sido formulados por él de la manera siguiente:

"La lepra puede ser curada en muy poco tiempo por un empleo sistemático al interior y al exterior de los agentes reductores y en particular del ictiol."

El autor mencionado preconiza aún esta sustancia en todas las formas de acnea; administra el ictiol al interior bajo la forma siguiente:

Ictiosulfato de amoniaco.....	4 gramos
Agua destilada..............	20 ,,

15, 30, 50 gotas por dia en el agua, mañana y tarde, aumentando progresivamente la dósis.

Conforme el autor, el ictiol al interior regulariza las perturbaciones circulatorias de los órganos; está indicado en la hiperemia de la mucosa nasal y faringea, en la inflamacion crónica de la conjuntiva, las hemorroides y las anomalías menstruales.

Es igualmente úti len el prurigo, la urticaria, la ictiosis y el herpes. Bajo forma de pomada, es benéfico en el intértrigo y en la erisipela (pomada 20 á 50%) sobre el cuero cabelludo, al mismo tiempo que el hielo.

Contra las quemaduras, el ictiol impide la vesicacion y abole el dolor.

Ultimamente se le ha empleado con el mejor éxito contra el reumatismo articular. El Dr. Dubelis cita ocho casos de reumatismo, tratados por él en el Hospital de Moscow.

Procede de la manera siguiente: Al exterior. Lava con agua y jabon las partes afectadas y despues de secarlas, hace una frotacion con ictiosulfato de amonium. Al interior: administra esta sustancia á la dósis de 6 á 12 píldoras que contiene cada una 10 centígramos. Los dolores desaparecen siempre.

TIP. DE DUBLAN Y COMP.

VOL. I. México, Agosto 1º de 1888. NUM. 11

REVISTA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO BIMENSUAL DIRIGIDO POR EL DR. JOSE RAMOS.

COLABORACION:

Dres. R. Lavista, M. Carmona y Valle, E. Liceaga, J. M. Rodriguez, R. Fuertes, M. Alvarado, D. Mejía, J. M. Bandera, M. Dominguez, M. Gutierrez, San Juan, F. de P. Chacón, R. Vertiz. M. Cordero, F. López, F. Ortega y Fonseca, F. Hurtado, N. Vargas, J. Martinez del Campo, C. Tejeda Guzman, J. Villagrán.

DIRECCION Y REDACCION:
REFUGIO NUM. 15, ENTRESUELO,
DESPACHO DE LOS SRES.
E. DUBLAN Y COMP.
Administrador y propietario: Dr. Manuel Barreiro.
Apartado en el Correo núm. 619.

PRECIOS DE SUSCRICION:

EN LA CAPITAL

Por un mes	$ 0 50
Por seis meses	2 50

EN LOS ESTADOS

Por un mes	$ 0 62
Por seis meses	3 00

PRENSA EXTRANJERA QUE RECIBIMOS PARA LA FORMACION DE LA REVISTA:

"Gaceta Médica de Paris."—"Gaceta de los hospitales civiles y militares de Paris."—"Periódico de las Sociedades Científicas."—"Revista Científica."—"La Naturaleza."—"Gaceta Hebdomadaria."—"Revista de Medicina," de Bouchard, Charcot y Chauvau.—"Anales de las enfermedades de los órganos genito-urinarios."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Lúcas Championière.—"Periódico de Medicina de Paris," de Lutaud.—"Boletin de la Academia de Medicina."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Bruselas.—"El Electricista."—"El Tiempo Médico," de Filadelfia.—"El Registro Médico."—"El Mundo Médico."—"Anales de Ginecología," de Boston.—"La Lanceta," de Lóndres.

SECCION EDITORIAL.

EL BRAIDISMO EN LA PICOTA.

México, que con tan escasa fortuna ha caminado tantas veces; México, que tan dócilmente se ha prestado á dar asenso y cabida á errores y quimeras de todas clases, de un alcance que no se puede medir todavía, pero cuyas funestas consecuencias han ido haciéndose sentir penosa y tenazmente, ha dado, empero, una prueba de prudencia y recelo en un punto que en otros pueblos más ilustrados que el nuestro consiguió preocupar no solo al comun de las gentes, de por sí dado á lo maravilloso, sino lo que es más digno de admirar, á hombres letrados y de sabiduría universalmente reconocida.

No me detendré á inquirir el *por qué* real de la cautela, recelo y hasta mala voluntad (así pudiera decirse) con que aquí han sido vistas las prácticas que allende los mares suscitan há tiempo la curiosidad y el asombro de la multitud, porque en el caos en que vivimos no es fácil dar con él; visto lo adecuado de nuestro modo de ser actual para poder aclimatar con éxito las simientes exóticas más venenosas y letales; visto el barullo y desacuerdo en que vivimos; y visto, por último, el olvido más cabal de los deberes universalmente reconocidos como la piedra angular del edificio social; materiales fertilizantes que acrecen la receptividad de lo absurdo de cuanto sea corrosivo y deletéreo. Pero sin remontarnos hasta allá, puedo asegurar que la circunstancia que mucho ha contribuido á atajar la marcha invasora del mal á que aludo: el *Braidismo*, consiste en la inquebrantable fé cristiana, el sano criterio y la honorabilidad nunca bastante ponderada de los médicos mexicanos.

Llegada apenas aquí la noticia de la enfáticamente llamada *novísima ciencia*, dedicáronse á estudiarla; averiguaron su orígen entre los mil volúmenes que de súbito aparecieron en los anaqueles de las librerías; preguntaron á nuestros compatriotas residentes en Europa, teatro de las inauditas proezas del Braidismo, lo que allí sucedia; y consultaron con varios concurrentes á las sesiones de la *Salpétrière*, dirigidas por Mr. Charcot en persona, y á los de *la Charité*, presididas por Mr. Luys; y visto y oido todo esto, llegaron á persuadirse de que más que ciencia, aquello era un pasatiempo nada edificante plagado de mistificaciones y escamoteos; que aun los fenómenos hipnóticos más inocentes en apariencia eran sospechosos, perjudiciales á la salud, algunos inmorales, otros impíos, y varios hasta irreligiosos: fallo justo, merecido y por consiguiente atendible.

Por otra parte: los resultados negativos obtenidos en la práctica (casi subrepticia) del Braidismo en la capital, y el fiasco redondo

que hizo en la sesion pública celebrada exprofeso en el salon de la Academia de Medicina de México, acabaron por dar el golpe de gracia á las prácticas hipnóticas vergonzantes, que no escaseaban á fé. Una de las personas que con empeño, conocimientos y loable intencion emprendió estudios serios sobre este particular, el Director del Hospital de Mujeres dementes, me ha asegurado que lo único que logró conseguir, haciendo ensayos en una histérica, fué el sueño hipnótico, y uno que otro fenómeno cataléptico; pero *nada, absolutamente nada, concerniente á la decantada sugestion.*

Atendiendo á lo que dice un facultativo tan leal como competente, el Dr. Constantino James, antiguo colaborador de Magendie, esto es: "que la histeria suscitada por la sugestion hipnótica, es la *histeria libidinosa;*" atendiendo, demás de esto, á que, en Europa al menos, las mujeres sobre quienes se experimentan las prácticas del Braidismo, son de la clase de la *Esther* de la *Charité* y de la *Salpétrière* (1), quiero decir, una mujerzuela escapada de la prision de *St. Lazare;* atendiendo, por último, á que los experimentadores mexicanos hasta ahora no han echado mano de mujeres de esa ralea, sino de otra diversa, y no han conseguido lo que por allá se dice, lógicamente se deduce que deben contribuir principal é inevitablemente á todo ó á la mayor parte del éxito de estas prácticas, las peculiares condiciones del sugeto sometido á la experimentacion, á saber: *tácito acuerdo, descaro y desfachatez.* No puede ser de otro modo. Mujeres encenagadas en los vicios son las únicas que pueden prestarse á entretenimientos y solaces de tal naturaleza. De la misma clase de la Esther de ahora, fueron las que, en union del mono consabido, sirvieron hace algunos años á Auzias-Turenne, para testimoniar y sostener ante la Academia de Medicina de Paris, la por mil títulos inmoral y nauseabunda práctica de *la sifilizacion como medio profiláctico de la sífilis!*

¿Qué persona que se respete á sí misma y guarde los debidos miramientos á la sociedad, se atreverá á apelar al testimonio de las prostituidas, para experimentar y comprobar una verdad cualquiera? Nadie, de seguro. Pero si álguien lo hiciese así, tiene que contar, sin remedio, con el voto de censura de las personas honradas, y prueba de ello es el artículo que sigue, transcrito del frances, y tomado de un opúsculo que se titula: "*L'Hipnotisme expliqué dans sa nature et dans ses actes.—Mes entretiens avec S. M. l'Empereur Don Pedro sur le Darwinisme; par le Dr. Constantin James, ancien collaborateur de Magendie,*" etc., etc. Paris, 1888.

Agosto de 1888.

JUAN MARIA RODRIGUEZ.

(1) La misma persona sirve de modelo en los dos hospitales.

El Hipnotismo puesto en opereta en el Hospital de la Charité.

Faltaba un triunfo al hipnotismo: ser puesto en opereta y representado en uno de nuestros grandes hospitales de Paris, por los mismos enfermos bajo la direccion de su médico. Tal triunfo acaba de obtenerlo en el Hospital de la Charité, y lo debe al Dr. Luys, médico de dicho hospital, que ha abierto sus puertas de par en par, en tanto que en la Salpétrière han estado entreabiertas simplemente. Muchas representaciones ha habido ya. La principal se verificó el dia 30 de Octubre último (1887), ante ese concurso selecto que se llama "el primero de los públicos." Todos los periódicos han dado cuenta de ella, y algunos la han colocado en su crónica de teatros.

Entre estos periódicos, *Le Matin* es el que á mi parecer ha dado la relacion más completa y exacta. Paréceme esto, no porque haya podido juzgar por mí mismo en esta vez (á la sazon me encontraba ausente de Paris), sino por haber sido testigo mucho antes de todas las experiencias descritas efectuadas en el salon de mi colega, donde de tiempo en tiempo da sesiones de hipnotismo en beneficio de las gentes de mundo. Todo cuanto refiere *Le Matin*, está enteramente acorde con lo que he visto, por cuya razon su relato va á servirme de *libreto.*

EL LIBRETO.

Le llamo libreto, porque esa, y no otra, es la forma que el redactor del periódico dió á su crónica, conforme podrá verse por lo que sigue, que voy á reproducir íntegro sin trocar una sola palabra ni agregar una sílaba. Solo que, como el artículo es un poco largo,

lo dividiré en partes, cada una de las cuales llevará un rubro que sirva para realzar el conjunto y mostrar el encadenamiento:

LAS INVITACIONES.

"Hace algunos dias, dice el cronista de *Le Matin*, tuvimos el gusto de encontrar al Dr. Luys, sabio afable cuanto ilustre."

"Nuestra plática no tardó en rolar sobre los notables trabajos que el doctor tiene emprendidos, á fin de demostrar experimentalmente la accion de los medicamentos á distancia sobre personas en estado de hipnotismo, que en estos momentos trae tan preocupado al mundo médico."

"Demandámosle detalles para instruccion de los lectores de *Le Matin*, y el Dr. Luys nos respondió: "Venid un dia á presenciar mis experiencias: son curiosas, y ellas os dirán más de lo que deciros pudiera." Pusimos empeño en no faltar á tan amable invitacion, y hé ahí el motivo por que presurosos concurrimos al anfiteatro de la Charité."

LA SALA.

"El anfiteatro, demasiado pequeño en tiempos ordinarios, basta sin embargo para los concurrentes internos, externos y estudiantes que acuden á oir las lecciones clínicas de los médicos del hospital. Ayer fué preciso agrandarlo demasiado para que pudiera contener á cuantas personas se apresuraron á presenciar las demostraciones del Dr. Luys. Muchas de ellas se quedaron en los pasillos, teniendo que conformarse con oir sin ver lo que sucedia en la sala."

EL HIPNOTIZADOR.

"La entrada del maestro fué saludada con calurosos aplausos."

"Alto, fornido, con ojos que denotan una viva inteligencia, el Dr. Luys dió las gracias á su auditorio en un pequeño discurso bien pronunciado."

"Una éra nueva ha sido abierta, dijo, á la " medicina, por el descubrimiento de los fe- " nómenos hipnóticos, y preciso es reconocer " que los adelantos de esta ciencia se deben " á los sabios franceses, sobre todo á Mr. Char- " cot, que fué el iniciador."

"Las consecuencias del hipnotismo son " muy grandes y pueden suscitar cambios te- " rribles en el capítulo de la responsabilidad " bajo su punto de vista legal."

"Es menester estudiar esta nueva ciencia " con toda sagacidad."

"En concepto suyo, cree haber hallado nuevos hechos, cuya causa ignora, pero que no pueden negarse en vista de las experiencias."

"Anticipándose á una acusacion que el público á menudo lanza á la faz de los que practican el hipnotismo, rechaza enérgicamente el cargo de charlatanería."

LA EXPOSICION. *(Le boniment).*

"Concluido el preámbulo, el Dr. Luys indicó el motivo de la leccion."

"Se ocupó de las emociones."

"Las emociones existen y nadie las puede negar; pruebas sobran."

"Cualquier persona que asiste á un teatro, sabe perfectamente de antemano que la pieza que se va á ejecutar es mera ficcion; sin embargo, por preparado que se halle, en ciertos momentos le es imposible evitar el tomar parte en la accion que se desplega á su vista y tomar interes en ella; lo cual es efecto de la *emocion*."

"Lo propio sucede á cualquier francés que retorna á Francia despues de largo viaje al extranjero, al pisar de nuevo el suelo de su patria. Al ver la bandera, ese trapo de tres colores, siente sobrecogido el corazon, quiera que no, por un vivo sentimiento que se posesiona de su sér y le conmueve de piés á cabeza. Estos fenómenos constituyen la vida *emotiva*."

"El Dr. Luys ha tratado de determinar la emocion, en un sugeto incapaz de sentirla si previamente no le es impuesta, por decirlo así, por la voluntad del experimentador."

"Hace notar que regiones especiales del cerebro, regiones científicamente determinadas, son el asiento de las emociones humanas. Los fenómenos á que dan márgen las emociones son automáticos, y se manifiestan por movimientos de los músculos de la cara, por gestos y por actitudes particulares del cuerpo. Son independientes de la voluntad."

"Esto es lo que el Dr. Luys probará, suscitando en un mismo acto manifestaciones de tristeza y gozo, por medio de sustancias medicamentosas."

"El sugeto es una mujer llamada *Esther*, de quien se ha valido antes para hacer numerosos experimentos, y á quien ha hecho fotografiar en diversas situaciones hipnóticas que van á ser reproducidas en presencia de los circunstantes."

"Los espectadores se arrebatan las fotografías."

"Terminada esta exposicion teórica, el Dr. Luys anunció que *Esther*, que no habia respondído á lo que tenia derecho de esperar por haberse impresionado vivamente la última vez, ante una concurrencia numerosísima, seria conducida al anfiteatro hipnotizada ya.',

ENTREACTO.

"Mas antes de proceder, añadió el Doctor Luys, permitid que os refiera un caso extraordinario.

"En mi servicio se halla actualmente una enferma, Gabriela, que, arrastrada por el ejemplo de otras mujeres, ha adquirido el vicio de inyectarse morfina.

"La aguja se le rompió en el brazo, y Gabriela ocultó este accidente durante tres ó cuatro dias, hasta que temerosa de que se formase un flegmón, hubo de rogarme que le extrajese el fragmento introducido. A la sazon pasaba cerca de nosotros el Doctor Segond, cirujano, cuyo gran talento es reconocido generalmente. Preguntéle si queria practicar la operacion, y prestándose desde luego á hacerla, propúsele poner cataléptica á Gabriela á fin de hacer constar lo que sucediera en aquel trance.

"La experiencia era enteramente nueva. "El Doctor Segond y yo la intentamos, y es "deber mio anunciar que surtió perfecta- "mente."

"El Doctor Segond practicó la operacion tomándose todo el tiempo que juzgó necesario. Hizo en el brazo una incision bastante profunda.

"Despues de que la aguja fué extraida, se vendó el brazo, y concluido todo, desperté á Gabriela, quien motu propio declaró que durante la operacion no sintió ni el más leve dolor; de lo cual procuramos cerciorarnos en el momento de la ejecucion."

"Aqui teneis un caso de insensibilidad debidamente comprobado que debe alentar á los facultativos á emprender la hipnotizacion en obvio de sufrimientos, siendo de advertir, sin embargo, que únicamente es aplicable á personas susceptibles de ser hipnotizadas."

ESTHER, SUGETO IMPORTANTE.

"Concluido el *entreacto* (1) el Dr. Luys fué en busca de Esther."

"Esther es una jóven de veinte años, bien escogida (en obsequio del público, sin duda), con una admirable cabellera de un rubio veneciano."

"Llegó al estado cataléptico."

"El Doctor Luys mostró entonces un cuadro que indicaba los diferentes estados del hipnotismo con sus resultados."

"El primero es la *letargia*: fláxidez general del sistema muscular, hiperexcitabilidad nervomuscular."

"El segundo es la *catalepsia:* estado seroso del músculo; actitud pasiva, emocion centrípeta, por la vista, el gesto; alucinaciones."

"El tercero, es el *sonambulismo lúcido:* el sugeto oye y contesta, credibilidad especial inconsciente: un delirio cualquiera, periodo de sugestion al remate (2).

EL JUGUETILLO Ó LA PANTOMIMA.

"Dijimos que Esther fué conducida en estado cataléptico. El Dr. Luys anunció que iba á expresar un sentimiento de cólera. La extendió el brazo derecho y la cerró la mano. La fisonomía de Esther se tornó repentinamente amenazante, y sus ojos se abrieron desmesuradamente."

"Despues, el Dr. Luys tomó el brazo de Esther y le puso la mano en la boca; incontinenti empezó á tirar besos, pintándose en su cara el regocijo."

"Recuerda dulces emociones," dijo sonriendo el Dr. Luys."

"El Dr. Luys rápidamente puso un índice delante de los ojos de la jóven y con él describió círculos en el aire. Notóse que ella seguia los movimientos del dedo con la ma-

(1) Subrayo de intento el vocablo *entreacto*, deseando que se comprenda bien que el redactor del artículo fué quien dió á la conferencia la forma de un espectáculo, no habiendo sido otra realmente.—*(Nota del autor)*.

(2) He ahí tres definiciones cuya inteligencia necesito me sea inoculada por sugestion, porque no comprendo ni palabra de ellas.—*(Nota del autor)*.

yor atencion, figurándose que un pájaro volaba cerca de ella. Cuando el dedo del doctor vino á posarse en la mano de Esther, ésta hizo la pantomima de acariciar al ave."

"Pasando al extremo contrario, el Dr. Luys trazó círculos á algunos centímetros del suelo: la fisonomía de Esther se contristó. Creyó entonces ver á una serpiente."

"Durante largo tiempo, prosiguió el Dr. Luys, se ha creido que nosotros obrábamos subordinados á un *yo* único. El hipnotismo ha venido á demostrar la falsedad de esta teoría."

"Situado el dedo cerca del ojo derecho, el lado izquierdo de la cara indica regocijo; pero si al mismo tiempo se sitúa cerca del ojo izquierdo, el lado derecho da marcadas señales de tristeza. Se tiene, pues, á la vez, una cara alegre y triste; lo que prueba, sin duda, que no obedecemos á un *yo único*."

EL GRAN JUEGO,
Ó SEA EL EJERCICIO DE LOS TUBOS.

"Las experiencias del Dr. Luys son verdaderamente extraordinarias cuando se sirve de medicamentos situados á distancia."

"Todos esos medicamentos están guardados en tubos de vidrio herméticamente tapados."

"Una contraccion completa de la fisonomía con marcadas señales de hidrofobia se operó en Esther, ante 50 gramos de agua comun."

"Tornóse en estado de embriaguez bajo la influencia de 10 gramos de cognac."

"El Dr. Luys refirió que el resultado que más le habia sorprendido, y que no esperaba, era la turgencia del cuello."

"Usando diversos medicamentos anónimos, se sirvió en cierto dia de la *esencia de tomillo*."

"Colocado un tubo que contenia dicha sustancia en el cuello, abajo de la oreja izquierda, se vió que la cara enrojecia y los brazos se ponian tiesos. El esfuerzo de las contracciones fué valuado en 20 á 25 kilógramos."

"Repetida la experiencia á nuestra vista, surtió maravillosamente. El cuello, que media 31 centímetros de circunferencia, aumentó hasta medir 35."

"El estado de Esther en esta condicion era lastimoso."

"Permitid—dijo el Dr. Luys—que no deje á esta pobre jóven en situacion tan terrible que pone su vida en peligro."

"Voy, y esto será al final, á ponerla alegre. Bueno es siempre no dejar á nadie bajo la impresion de la tristeza."

"Pero para ello es preciso pasar á Esther de la catalepsia al sonambulismo lúcido."

"En estado de sonambulismo lúcido, oirá y responderá á las diversas preguntas que se la dirijan."

"Antes debo de participaros que Esther tiene un gusto muy marcado por el teatro, y sale fuera de sí con la música de *la Mascota*.

"En estado de sonambulismo, su manía consiste en cantar los aires populares de esa opereta."

LA MUSICA.

"El resultado justificó al Doctor Luys. Apenas salida del estado cataléptico, Esther se frotó los ojos como si despertase, pareciendo como que renacia á una vida nueva. Levantóse de su asiento y se lanzó sobre el Dr. Reclus."

"¿A dónde vas?" le preguntó el Dr. Luys."

"Ah! eres tú? Déjame en paz."

"El Dr. Luys, volviéndose gravemente al auditorio: No os escandaliceis, dijo; siempre que Esther se halla en este estado, tutea á todo el mundo."

"Esther al Dr. Reclus:

"Há tiempo que no te veo. Ven conmigo y haz el papel de Pipo."

"El Dr. Reclus rehusó hacer este papel de la *Mascota* y Esther entonces se apoderó del Dr. Segond, que se encontraba cerca, conduciéndole á fuerza á un sillon."

"Se instaló en él á su sabor, y empezó á abrazarle al són estrepitoso de las carcajadas de los espectadores."

"Tú, tú eres Pipo," le dijo.

"Y prosiguió:

"Déjame dar una vuelta por la reunion para que cada quien pague su lugar."

"Hízolo así; pero al llegar adonde se hallaba el Dr. Reclus, ¿eres tú? le dijo, á ti te abrazaré si aquel lo permite; y al decir *aquel*, señaló con el dedo al Dr. Segond."

"En cuanto á éste, Esther le dirigió las palabras siguientes, que denotaron bien la clase de gente á que pertenecia: No pagues tu lugar; yo te lo ofrezco."

"Ahora, canta, ordenóle el Dr. Luys, y en diciendo esto situó encima del cuello de Esther un tubo que contenia *haschicsh.*"

"Entonces Esther, con voz vibrante, afinada y tierna á la par, cantó:

"Un baiser est bien douce chose,
"Tu le sais, sur leur lèvre rose,
"C'est avec ça que les mamans
"Consolent......

"Al llegar aquí, el Dr. retiró el tubo y el canto cesó instantáneamente."

"Aproximóse el tubo de nuevo situándole muy cerca del cuello de Esther, y ésta prosiguió la cancion interrumpida aunque con voz menos fuerte:

......les petits enfants.
"Dans tous les pays de la terre
"Est-il rien qui soit si charmant?

"Alejando el tubo, la intensidad de la voz continuó disminuyendo:

"Baiser de sœur, baiser de mère,
"Baiser d'époux, baiser d'enfant.

"Alejándole siempre, la voz se fué debilitando hasta llegar á extinguirse al concluir la cancion."

"Cela veut dire que l'on s'aime,
"C'est le premier vers d'un poème.
"Prends donc vite un doux baiser;
"Je n'ai rien à te refuser."

"Al decir estos dos últimos versos, se dirigió hácia el Dr. Segond—su Pipo—y le lanzó calurosos besos."

"Esta experiencia fué la última. El Dr. Luys despertó á Esther."

MORALEJA DE LA PIEZA.
LA PALABRA FINAL.

"Con este motivo, el Dr. Luys advirtió á los facultativos jóvenes que empleasen lo menos posible el hipnotismo, recomendándoles que á nadie adormeciesen por este medio sin concurrencia de testigos y que tuviesen gran cuidado de despertarles bien."

"Porque con frecuencia podrá suceder, que se " lancen á la calle personas en estado de sonam- " bulismo lúcido todavía; en cuyo caso son sus- " ceptibles de cometer robos y actos aun más " graves hallándose en situacion de la más " completa irresponsabilidad."

"Estas palabras pusieron fin á la sesion. Los espectadores fueron desocupando el local; pero cuando pasamos junto á Esther la dijimos:

"Mademoiselle, sepa usted que ha abrazado al Dr. Segond."

"C'est pas vrai; fumiste, va!"

"Tal fué la palabra final. Digna clausura de escenas cuyo verdadero lugar no es un hospital, ese santuario en el que el médico es el gran sacerdote, sino "les Funambules," ó mejor aún, uno de esos sitios que una pluma que se respeta rehusa hasta nombrar."

REMITIDOS CIENTIFICOS.

Sres. Redactores de la *Revista Médica de México.*—He tenido ocasion de leer en la *Revista Médica de México,* números 8 y 9, un artículo traducido del "Periódico de Medicina y Cirujía Prácticas," sobre el tratamiento de las hemorragias uterinas por la dilatacion de la matriz, por el Dr. Terrier.

La casualidad me ha presentado bien pronto la ocasion de verificar las verdades que allí están asentadas y me felicito de haber puesto en práctica el método del Dr. Terrier, por haberme proporcionado la satisfaccion de obtener en muy poco tiempo el mejor resultado que hubiera podido anhelar.

Trátase de una enferma asistida por el Profesor Nicolás Ramirez Arellano; quejábase de agudos dolores en el bajo vientre y profusas hemorragias uterinas qne bien pronto la condujeron á un profundo estado de anemia general. Databa su padecimiento de algunos meses atrás, sin que ninguna medicacion interna hubiera podido hacer cesar las pérdidas sanguíneas que cada dia iban siendo más profusas y más frecuentes.

Procedió el Dr. Ramirez Arellano á hacer el reconocimiento y exámen de los órganos genitales de la enferma y encontró que el útero estaba fláxido, voluminoso, algo doloroso y sumamente móvil; el cuello hipertrofiado y bastante abierto para permitir la entrada del índice, aunque sin penetrar más que uno ó dos centímetros. Sintió un tumor móvil muy cerca de la entrada del canal cervical que, despues, examinando á la enferma con el espejo, pudo *ver* directamente asomando por el orificio del cuello del útero. No cabia duda, se trataba de un pólipo mucoso pediculado.

Sometió desde luego á la enferma al tratamiento que juzgó más conveniente, haciendo intervenir el extracto fluido de *hidrastis canadensis* para contener la pérdida.

No obtuvo resultado favorable alguno y por último, propuso como único tratamiento la intervencion quirúrgica para cuyo efecto y á peticion de la familia, se citó, una junta á la que concurrimos el Dr. Demetrio Mejía y el que suscribe.

Recibimos los antecedentes que llevo apuntados y pudimos rectificar punto á punto el diagnóstico formulado por el Dr. Ramirez Arellano.

Quedaba únicamente por saber cuál era el mejor camino para hacer la extirpacion del tumor.

Consideré, al hacer la exposicion de lo que á mi juicio debia hacerse, que la primera y capital indicacion era sin duda la de dar término á las hemorragias, supuesto que este era el síntoma más grave y de més terribles consecuencias; por otra parte, se trataba de dilucidar cuál deberia ser la intervencion más racional para extirpar el tumor que causaba y seguramente seguiria causando, pérdidas sanguíneas tan considerables. Vino entonces á mi imaginacion el método propuesto por el Dr. Terrier, que justamente atiende á las dos indicaciones que se trataba de llenar: 1º Suspender la hemorragia. 2º Preparar una vía fácil y segura para poder extirpar el tumor implantado, probablemente en la parte más alta del cuerpo del útero. Entré en las consideraciones que hace el Dr. Terrier y aun referí algunos casos de los apuntados por él en su artículo.

De esta manera poniamos á la enferma al abrigo de todo accidente, sin exponerla á los riesgos de una intervencion inmediata, que no hubiera podido efectuarse de otra manera que por la seccion bilateral del cuello, para abrir el campo operatorio lo bastante para dar cabida al tumor intra-uterino. Tal fué la opinion del Dr. Ramirez Arellano, aludiendo á las indicaciones que el Sr. Profesor San Juan le hizo cuando le consultó la conducta que deberia seguir en este caso.

Mas como ni el Dr. Mejía, ni yo, viéramos riesgo inmediato, ni creyéramos que una intervencion *forzada* pudiera ser absolutamente inocente, y como por otra parte se nos presentaba una vía más lenta, es cierto, pero más segura; tuvimos la fortuna de convencer al Dr. Ramirez, quien se limitó á hacer presente estas dos opiniones á la enferma para que ella resolviese á cuál intervencion queria sujetarse, si á la seccion del cuello que daria rápidamente espacio para extirpar el pólipo ó á su dilatacion lenta que *probablemente* suspenderia la hemorragia y dilatando en algunos dias las cavidades del cuerpo y cuello, daria así fácil acceso al tumor.

Optando la paciente por este último modo de proceder, dimos término á nuestra reunion, quedando el Sr. Ramirez dispuesto á emprender la dilatacion del cuerpo y cuello de la matriz por medio de las esponjas preparadas (asépticas y espolvoreadas de yodoformo.) Así lo efectuó desde el dia siguiente, cuidando de renovar diariamente la esponja y haciendo un lavado perfecto de la canal vaginal y la cavidad del útero.

Notó con sorpresa que *desde que la dilatacion comenzó á efectuarse, la hemorragia desapareció como por encanto.* Por último, *cuatro dias* despues, el cuello se encontraba bastante dilatado para permitir la salida del tumor, *ligeramente* atraido hacia la vagina por medio de unas pinzas. Habia llegado pues el momento de operar. Debo advertir que mientras estuvo colocada la esponja, ni por un momento se notó elevacion de temperatura ni señal alguna de molestia por parte de la enferma.

Fijado el dia de la operacion, á la que concurrimos el Dr. Ramirez Arellano, el Dr. Echávarri y el que suscribe, se procedió á cloroformar á la enferma y á hacer el lavado perfecto de la vulva vaginal y cavidad uterina con una solucion de bicloruro al 1 por 1,000. Perfectamente anestesiada la enferma y colocada en la posicion clásica (acostada en la mesa de operacion, los muslos doblados sobre el vientre, las piernas sobre los muslos) se introdujo el espejo de Sims y se colocó una pinza en la pared anterior de la vagina que, haciendo prosciden-cia, ocultaba enteramente el cuello. Tomado el cuello con unas pinzas, se hizo descender el útero lo bastante para tener el tumor bien accesible y al alcance del operador. Se tomó el tumor y se atrajo un poco hácia afuera, lo cual fué sumamente fácil; ligado el pedículo con un fuerte hilo de seda, nos disponiamos á cortarlo lo más arriba posible, cuando por su poca resistencia se rompió dicho pedículo en su punto de implantacion al tumor y, cosa extraña, no hubo la más ligera hemorragia; á pesar de haber introducido el dedo lo más alto posible no me fué posible alcanzar la insercion. Esperamos algun tiempo, mas viendo que *ni una sola gota de sangre* escurria de la cavidad, resolvimos dar por terminada la operacion, no sin colocar antes, por precaucion y por razones de antisepsia, un tapon de algodon salicilado, cubrir la vulva con láminas de algodon yodoformado y recomendar el reposo en la cama durante algun tiempo.

Al cabo de cinco dias de reposo la enferma dejó de sentir los agudos dolores que la atormentaban, pudiendo levantarse y dedicarse á sus ocupaciones habituales, sin volver á sufrir pérdida sanguínea alguna. He visto á la enferma un mes despues de la operacion y me refiere, que de entonces á esta fecha, no ha sufrido molestia alguna.

MANUEL BARREIRO.

SOBRE LAS MUTACIONES

DE LA POSICION FETAL POR MANIPULACIONES EXTERNAS, DURANTE EL EMBARAZO.

Por M. LOVIOT, miembro de la Sociedad Obstétrica.
—(Traduccion del Dr. A. J. Carbajal).—

Es conocida de todos los parteros, la Version por maniobras externas.

Esta Version es cefálica ó pelviana, segun que la parte fetal que se trate de abocar en el estrecho superior es la cabeza ó el asiento.

La Version cefálica para las presentaciones de hombro, es admitida y por todos practicada. (A esta operacion llamamos en México *Conversion*).

La Version cefálica para las presentaciones de asiento encuentra aún algunos opositores. (A esta llamamos *Inversion*).

La Version pelviana es muy poco usada y sus indicaciones son raras y poco precisas.

Puede decirse hoy que, de una manera general, se ha vuelto clásica la Version por maniobras externas. Como la naturaleza verifique de cuando en cuando las llamadas versiones espontáneas, se ha tenido la idea de imitarla y esto se ha conseguido.

La naturaleza efectúa mutaciones espontáneas, es decir, cambios de posicion: una derecha se trasforma en izquierda y vice-versa.

Estas mutaciones ocurren no tan solo cuando la region fetal no está aún encajada, sino tambien en la excavacion pelviana, con tal que haya cierta movilidad ó sea ésta posible.

El feto hace un movimiento de rotacion sobre su eje, y el occipucio pasa á la derecha si estaba á la izquierda y vice-versa.

Estos cambios son familiares á todos aquellos que examinan varias veces á las mismas mujeres en los últimos meses del embarazo.

¿No se podria tambien en este caso imitar á la naturaleza?

Se han hecho algunas tentativas, aunque no en verdad para transformar una izquierda en derecha ó derecha en izquierda, sino para cambiar una variedad posterior en anterior.

Estando la mujer sentada con el tronco doblado hácia delante, por algun rato, se dice haberse conseguido el cambio de posicion.

No desesperemos, pues, de poder conseguir mutaciones haciendo girar artificialmente el feto sobre su eje, sea por maniobras externas únicamente ó por externas é internas combinadas; mas el procedimiento está aún por encontrar.

La dificultad no es tan insuperable; puede resolverse y la hemos resuelto por medio de un artificio, que es el asunto de la presente comunicacion.

Siempre que la pélvis es suficientemente asimétrica para que una mitad sea más amplia y la otra estrecha, ora intrínsecamente (pélvis oblicuo-oval), ora por causa de tumores, se tiene mucho empeño en que la cabeza se aboque frente de la parte más espaciosa y que esto sea por el occipucio.

El mecanismo del parto se favorecerá ó no, segun que pueda ó no obtenerse dicho abocamiento.

Cuando la cabeza no sale primero sino al último, el partero debe esforzarse en imprimirle un movimiento tal, que el occipucio se dirija del lado más amplio.

En esta clase de pélvis, si el occipucio está abocado del lado estrecho, la penetracion y descenso de la cabeza, presenta dificultades insuperables; no así cuando espontáneamente ó por medio del arte viene á colocarse en el lado opuesto, porque entonces dichos fenómenos se verifican con una maravillosa facilidad.

Nuestro opreciable Maestro el Dr. Pajot, cuando dirigia el servicio de la clínica de Partos, pudo extraer una cabeza (presentacion de asiento) que habia resistido á tentativas enérgicas. Dicho Profesor, nos manifestó que era el caso de una pélvis asimétrica y que el occipucio dirigido primero del lado estrecho giró hácia el más amplio en el momento de su intervencion.

Tenemos actualmente en el núm. 9 de la Sala de ginecologia en la clínica de partos, servicio del Profesor suplente M. Budin, una mujer secundípara, al noveno mes de su embarazo, cuya pélvis, claramente asimétrica, presenta los caractéres de una oblicuo-ovalar.

La mitad estrecha es la izquierda y la amplia la derecha.

El feto parece de un volúmen medio, la cabeza está en relacion con el estrecho superior, móvil y aun no ha penetrado en la excavacion, dorso á la izquierda (O I. I. T). El occipucio está en consecuencia á la izquierda, es decir, del lado estrecho de la pélvis.

Despues de haber sido ratificados todos estos datos por el monitor de servicio Sr. Jasinski, convierto el occipucio á la derecha por la siguiente maniobra:

1º Transformo la posicion izquierda de vértice, en izquierda de asiento. (version pelviana).

2ª Transformo la izquierda pelviana en derecha de vértice (version cefálica).

Este mecanismo necesita explicacion, porque si se dice simplemente:

Para transformar una posicion izquierda de vértice en una derecha es necesario hacer una primera version pelviana y una segunda cefálica, se objetará con apariencia de razon, que nada se habria con-

seguido y que la posicion última seria en difinitiva la del punto de partida.

Sin embargo, no fué así, y hemos podido ver y hacer comprobar por testigos que no fué esto lo ocurrido.

¿Por qué?

Porque la posicion izquierda de vértice no se transformó en derecha de asiento, sino en izquierda de asiento; porque se ha transformado en posicion del mismo nombre y no contrario.

En efecto, si la posicion izquierda se hubiera cambiado en derecha de asiento, la version cefálica posterior no podia menos de traer de nuevo á la izquierda el dorso y nada se habria avanzado. En tanto que, siendo cambiada la izquierda de vértice en izquierda de asiento sucede otra cosa; á saber, que la izquierda de asiento se torna en derecha de vértice que era el objeto que se trataba de conseguir.

¿Cómo?

Dada una posicion transversal izquierda de vértice, si desalojamos la cabeza, de abajo hácia arriba y de delante á atrás, el asiento, de arriba á abajo y de atrás á adelante, el grande eje fetal ejecuta al rededor de su centro un movimiento semicircular.

El dorso no ha dejado de estar á la izquierda y naturalmente la posicion izquierda de vértice se cambia en izquierda de asiento igualmente. Una vez hecho esto, no queda mas que mudar ésta en derecha de vértice, lo cual se obtiene imprimiendo al feto un segundo movimiento semicircular perpendicular al primero, es decir, bajando la cabeza por flexion en la direccion del estrecho superior.

Si se quisiera transformar una derecha de vértice en izquierda, se cambiaria la referida derecha en derecha de asiento y esta en izquierda de vértice por una maniobra análoga.

En un primer tiempo (version pelviana), se desalojaria la cabeza de abajo á arriba y de delante á atrás, el asiento de arriba á abajo y de atrás á adelante.

En un segundo tiempo (version cefálica), se dirigiria la cabeza doblada hácia el estrecho superior.

Esta nueva maniobra obstetricial, ha sido ejecutada cinco veces (una delante de M. Budin) ya para reintegrar el feto en la posicion derecha, habiendo tenido esta tendencia á volverse á colocar á la izquierda, ó bien para establecer bien la eficacia de la intervencion.

El caso era relativamente fácil, la tension utero-adominal poco considerable, niño poco voluminoso (2,880 gramos): podrian encontrarse otras circunstancias más díficiles, pero la maniobra es posible, lo cual necesitaba demostrarse; podrá usarse del cloroformo en caso dado.

Observacion.—Resúmen.—Ursula D., 28 años, costurera, entró á la Sala de Ginecología el 20 de Febrero de 1888, cama núm. 9 de la Clínica de partos. Ignora á qué edad comenzó á andar y no indica nada que pueda explicar la causa de la deformidad de su pélvis.

Comenzaron sus reglas á los 14 años: hace tres, tuvo un primer embarazo sin accidente, el parto se verificó á su debido tiempo; el trabajo fué largo y exigió una aplicacion de forceps (Maternidad de Orleans); el niño se logró.

Embarazo actual.—Ultimo periodo menstrual á fin de Mayo, preñez normal.

El 20 de Febrero se presentó á la consulta esta mujer y se reconoció una presentacion O. I. D. T.

El tacto, practicado alternativamente con dos dedos de la mano derecha y dos de la izquierda y explorando lateralmente la pélvis, permite reconocer que ésta es notablemente asimétrica. El sacro está inclinado y muy accesbile á la izquierda, más difícil de tocar á la derecha: á la izquierda se nota elevada la línea innominada, la pared lateral interna está aproximada al centro de la excavacion, la concavidad de la ala del sacro es casi nula; la espina sciática es muy prominente y accesible, la tuberosidad isquiática inclinada hácia la línea media.

A la derecha, la concavidad sacro-iliaca está muy distante y acentuada. La línea innominada tiene una curvatura casi normal y la pared lateral interna de la excavacion nada ofrece de particular.

Se trata, en consecuencia, de una pélvis asimétrica de tipo oblícuo ovalar, más ancha á la derecha que á la izquierda.

Las mutaciones artificiales de la posicion se ejecutaron el 21 de Febrero y los dias siguientes. El 27 á las 4 de la tarde se rompió la bolsa; el 28 á las 9 de la mañana comenzaron los dolores, aunque insignificantes. A las 3½ la dilatacion del cuello llega á 3 centimétros y está borrado; la cabeza tiende á penetrar en el estrecho superior, ligeramente inclinada sobre el parietal posterior, doblada en o. i. d. a. Los ruidos del corazon fetal, normales.

A las 5½, la cabeza se hunde en la excavacion y la mollera posterior ocupa francamente el centro de la pélvis. A las 7½, la dilatacion es completa y la cabeza baja fácilmente hasta cerca de las espinas sciáticas, en donde se detiene hasta las 9½. Las atraviesa á esta hora y llega rápidamente al estrecho inferior para detenerse de neuvo. En este punto, las ramas isquio-pubianas estando bastante aproximadas, se aleja de la sínfisis del púbis y se dirige hácia atrás sin verificarse movimiento de rotacion, dejando un espacio libre entre ella y la sínfisis, por donde se pueden introducir dos dedos que permiten tocar la oreja del feto.

A las 10, los ruidos del corazon son normales; á

las 10¼, se hacen más oscuros y lentos. El Sr. Cataliotti, monitor de servicio le escribe al Sr. Budin. A las 10½ ya no se escuchan los ruidos del corazon fetal. En este momento la Sra. Victor, segunda partera, llega y dice á la enferma que se pare y le recomienda pujar. A la segunda contraccion aparece el occipucio bajo la sínfisis, se transporta la mujer á la cama y se saca la cabeza y el tronco sin incidente. El niño está muerto. Peso 2,880 gramos. La placenta salió por sí sola. Puerperio normal.

Dimensiones del feto: Longitud, total, 49 centímetros. Del vértice al ombligo, 27. Del ombligo á los talones, 22. Diámetros de la cabeza occipito frontal, 2 centímetros, mento occipital, 12,5; biparietal, 9,5; bitemporal, 7,75; suboccipito bregmático, 8,5:

El niño sucumbió probablemente por causa de una rápida perturbacion de la circulacion útero placentaria mientras se detuvo en el estrecho superior.

REVISTA EXTRANJERA.

PATOLOGIA INTERNA.

DIAGNÓSTICO DE LAS FORMAS DISPNÉICAS DE LAS ENFERMEDADES DEL CORAZON.—EMPLEO DEL IODURO DE POTASIO EN ESTAS ENFERMEDADES.—Hotel-Dieu (*Clínicas del Profesor See*).—El Sr. Prof. G. See insiste frecuentemente en este hecho: que en gran número de casos, las afecciones cardiacas se manifiestan por perturbaciones respiratorias, al menos al principio. El enfermo consulta al médico por una ligera opresion que sobreviene despues de un ejercicio poco violento, y en estas circunstancias, el diagnóstico es sumamente difícil, atendiendo á que la auscultacion más atenta no señala signo estetoscópico alguno.

Casi todos los enfermos atacados de estenosis ó insuficiencia mitral tienen, segun ellos mismos dicen, el *aliento corto;* en el estado de reposo, la dispnea es ordinariamente nula; no se manifiesta sino cuando el enfermo hace esfuerzos musculares: el subir una escalera, el menor ejercicio, la más pequeña aceleracion de la marcha provoca dispnea. En algunos casos (en un periodo más avanzado de la enfermedad), la dispnea llega á ser permanente porque hay constantemente un reflujo de sangre hácia el pulmon; la circulacion pulmonar se dificulta é impide los cambios respiratorios.

Estas dispneas y las que se desarrollan por un esfuerzo muscular, no tienen ningun carácter asmático; no sucede lo mismo con una tercera forma de dispnea que puede hacer creer en la existencia del asma é inspirar al médico una falsa seguridad. En esta tercera forma reside principalmente la dificultad del diagnóstico. En el primer periodo del asma y rara vez en el periodo extremo, aparece dispnea paroxística acompañada de estertores sonoros; por poco que se adviertan estos últimos, la dispnea se atribuye á catarro seco ó mucoso, quedando completamente oculto el elemento asmático. Otras veces sucede lo contrario: predomina la dispnea periódica y no existen estertores; en este caso, olvidando la apnea cardiaca, se da á los enfermos brevete de larga vida, pretextando asma, cuando en realidad se encuentran afectados de una lesion cardiaca.

El diagnóstico diferencial del asma verdadero y de la dispnea cardiaca se funda en el estudio atento de los caractéres de la dispnea y principalmente sobre el hecho siguiente: en el asma, la inspiracion que es extraordinariamente difícil, necesita el concurso de gran cantidad de fuerza muscular, por lo cual se verifica con cierta lentitud; pero la espiracion es brusca y se prolonga de una manera marcada; en efecto, en tanto que en el estado normal, el primer periodo es dos veces mayor que el segundo, en el asma, la espiracion domina al grado que á veces es cuatro ó cinco veces más larga que la inspiracion y ocupa toda la pausa. Esta espiracion prolongada es, por decirlo así, característica del asma y no se encuentra tan marcada en las otras formas de dispnea, aun en la tísis y el emfisema.

El diagnóstico diferencial de la dispnea permanente con la de la bronquitis crónica es á menudo difícil. Sin embargo, en las lesiones valvulares sin soplo, existe un síntoma que nos puede poner en la vía del diagnóstico: las intermitencias del pulso.

Por más que en la cloro-anemia exista dispnea caracterizada por una necesidad irresistible de aire y una verdadera opresion, nunca se encuentra en esta enfermedad ni cianosis, ni turgesencia de la cara, lo cual hace imposible la confusion de esta dispnea con la de orígen cardiaco; en todo caso, y sobre todo cuando existen soplos anémicos, el tratamiento de la clorósis puede servir de piedra de toque porque el fierro modifica los soplos más intensos.

G. See ha preconizado el ioduro de potasio, no solamente en las dispneas asmáticas sino tambien en las de orígen cardiaco: lo considera como un medicamento cardiaco por excelencia cuyo único inconveniente es no ser diurético, pero se puede remediar este defecto, añadiendo el uso de la leche.

El ioduro de potasio obra sobre la mucosa brónquica y sobre la inervacion respiratoria. Si se trata de una lesion valvular, sus efectos son menos marcados que cuando se trata de una lesion del tejido cardiaco. Importa tener en cuenta el hecho siguiente: en gran número de asmáticos se observa en la punta del corázon, rara vez en la base, un

soplo sistólico muy suave, que podria hacer temer una lesion valvular. Este soplo, que parece residir en las válvulas del corazon derecho, desaparece enteramente con el uso del ioduro de potasio.

La dósis es de 1 gramo 25 centígramos por dia; se aumenta gradualmente hasta dos gramos ó tres. Los inconvenientes de la accion prolongada del ioduro son: 1º escurrimiento sanguinolento de la mucosa bucal y brónquica pero no una verdadera hemoptisis. 2º Enflaquecimiento que en ciertos casos es benéfico.

No está justificada la sustitucion del ioduro de sodio por el de potasio, porque es menos estable y encierra menos iodo.

Cierto número de accidentes que sobrevienen despues de la ingestion del ioduro de potasio, son debidos á la presencia de iodatos en esa sal.—(*Journ. de Med. et Chirug. Pratiques*).

PATOLOGIA EXTERNA.

OCHO CASOS DE PERITONITIS AGUDA TRATADOS POR LA SECCION ABDOMINAL Y LA CANALIZACION, POR EL DR. LAWSON TAIT.—(*Continúa*).—Así pues, el primer parto puede traer consigo resultados terribles, hecho que indudablemente es conocido por todos los que me oyen. Pero á todos ellos quiero agregar una nueva deduccion y es, que cuando en una primípara se desarrollan síntomas de peritonitis, si no se le atiende inmediatamente, las consecuencias son fatales, mientras que nuestro método de tratamiento, da en estos casos magníficos resultados. La simple abertura de las paredes abdominales, su canalizacion conveniente, tiene poco ó ningun riesgo. La oportuna salida de una pequeña cantidad de supuracion puede disminuir, de una manera notable, los casos fatales; *pero si recurrimos á ella, deberá siempre hacerse en tiempo oportuno.*

Fuí llamado en el mes de Febrero para asistir á una jóven que hacia ocho dias que habia dado á luz su primer hijo. Durante algunos dias se sintió bien, pero á poco comenzaron á desarrollarse los síntomas iniciales de la peritonitis, y cuando yo la vi, su estado era ya bastante serio. Ejecuté inmediatamente la seccion abdominal y extraje cerca de tres pintas de un pus fétido.

A las veinticuatro horas, la mejoría era tan notable, que pensé podria considerarse el caso como un éxito; bien pronto me cercioré de lo contrario, porque la enferma se empeoró y no tardó en morir.

Si en este caso hubiésemos abierto la cavidad abdominal en el trascurso del segundo dia ó á más tardar, en el del cuarto, se habria salvado la vida de la enferma?

Los resultados de la intervencion quirúrgica, tanto en las peritonitis que no son puerperales, como en aquellas que lo son, han sido tan satisfactorios, que á *priori* puedo resolver favorablemente mi proposicion.

El único temor, es esa terrible idiosincracia de las primíparas; pero no puede suceder que estas mujeres tengan necesidad de nuestra pronta asistencia, sobre todo cuando están en el primer escalon de su desgracia?

Estoy resuelto á contestar la cuestion por la afirmativa y á defender la pronta seccion abdominal desinfectando y canalizando la cavidad abdominal.

Voy á exponer, como un nuevo argumento, un hecho cuya causa probable se presenta con mucha frecuencia.

Nögerrath y Sinclair han probado suficientemente la influencia desastrosa de la gonorrea en la mujer, y mis propios trabajos sobre el particular han venido á corroborar sus conclusiones.

Empezamos á sospechar que habiamos llegado al principio de una nueva y terrible revelacion, cuyos efectos en los casos fatales de peritonitis puerperal, observadas en las primíparas, son el resultado de gonorreas latentes.

El siguiente caso es una prueba palpable de lo anterior.

Tuve ocasion de ver, en los primeros dias del mes de Enero, á una jóven que habitaba en Hereford afectada de gonórrea: en el trascurso del mes, la enfermedad se prolongó á la pélvis, produciendo todos los síntomas de una peritonitis subaguda generalizada.

Hacia cerca de tres meses que no menstruaba, el piso de la pélvis estaba ocupado por un tumor pastoso y difuso que se propagaba en todas direcciones hasta el cuello uterino, de manera que éste venia á ocupar casi el centro de dicho tumor.

Existian razones para sospechar un embarazo; pero la dificultad estaba en saber si se trataba de un embarazo normal con peritonitis, ó de la ruptura de la trompa en la preñez tubaria.

Abrí la cavidad abdominal y encontré que estaba afectada de una peritonitis purulenta con un embarazo de tres meses. Lavé la cavidad peritoneal así como el peritoneo, canalicé, y á los diez dias la enferma estaba curada. Lo extraño fué que no abortó, sino por el contrario, la preñez siguió su curso normal.

Estando comprometida para casarse, lo ha verificado, segun he sabido, despues del buen éxito de la operacion. No dudo que la peritonitis en este caso haya sido de orígen gonorréico; pero lo que no me explico todavía, es cómo pasó el vírus por el útero sin atacarlo.

El 15 de Julio fuí llamado á altas horas de la noche, por el Sr. Hallwrigth, para asistir á la mujer de

un conductor de tranvías, que segun su opinion y la de la partera, tenia una ruptura de la trompa de Falopio por preñez extra uterina. En su mensaje me decia que habia llenado todas las indicaciones que el caso requeria y que ya no sabia qué hacer.

Cuando ví á la paciente, encontré que realmente estaba embarazada; pero la preñez era normal y llegaba al quinto mes, siendo los síntomas que presentaba, debidos á una peritonitis aguda.

A fin de cuentas, convenimos en la urgencia que habia de abrir el vientre, y hecho esto, saqué una gran cantidad de *serosidad purulenta* que tenia muy mal olor. Encontré el útero conteniendo un engendro de cerca de cinco meses. Pasé un largo tubo de canalizacion atrás y abajo del útero.

A los cinco dias, la temperatura y el pulso volvieron á la normal y no habia ningun escurrimiento por el tubo.

Desde luego lo quité y la paciente entró en plena convalecencia el dia 6 de Julio. Su embarazo continuó sin tropiezo, terminándose en Setiembre, por un parto natural y un niño vivo, con la asistencia del Sr. Gordon Nicholls.

El 17 de Marzo el Sr. Watters, de Stoneham, me telegrafió diciéndome que me llevaba una enferma atacada de peritonitis aguda y que estuviese listo para operarla inmediatamente.

Cuando el Sr. Watters llegó con su paciente, encontré que ésta era una mujer muy bien constituida, en la que los síntomas peritoneales se habian desarrollado hacia ya cuatro dias. El Dr. Watters, la habia visto por primera vez, el dia en que se la trajo desde un punto tan distante.

Necesario es que confiese que he admirado más su valor y pronta decision en el caso, que su acertado y completo diagnóstico.

Siempre que he tenido la buena fortuna de estar asociado con él, nunca le han faltado estas cualidades. Su ejemplo, en casos análogos, es digno de ser imitado, y siempre se obrará sin pérdida de tiempo; la mejor prueba que de esto podemos dar, es el brillante éxito que coronó nuestros esfuerzos.

Además, este modo de obrar nos ha venido á quitar el temor que abrigábamos acerca de lo peligroso que era mover una mujer en estas condiciones. La enferma no se encontraba peor de lo que estaba antes de emprender la caminata, y de esto estamos perfectamente seguros, cosa que indudablemente no hubiéramos sabido si se hubiera dejado á la paciente en su casa de Stoneham.

Imposible nos fué establecer un diagnóstico preciso del caso; pero de lo que no cabia la menor duda, era de que estaba afectada de una peritonitis aguda.

Abrí el vientre inmediatamente y encontramos que la pélvis estaba llena de un gran número de pedazos de hidatidos en supuracion. Limpiamos la cavidad y la canalizamos.

Desde este dia entró en plena convalecencia y al cabo de un mes volvió á su casa completamente curada.

El 27 de Febrero tuve oportunidad de ver á la Sra. A. P., asociado á mi asistente y amigo Mr. Lamsford Clay. Antes que yo, dicha reñora habia sido visitada por el Dr. Rockstts.

Los síntomas que acusaba la enferma eran de tal naturaleza, que todos nosotros creimos que se trataba de cólicos biliares.

Los vómitos eran contínuos y los dolores insoportables refiriéndoles especialmente á la region de la vesícula biliar.

No habia una distension exagerada de la cavidad abdominal, y ni la temperatura estaba elevada ni el pulso muy acelerado.

Abrí el abdómen, creyendo encontrar cálculos en la vesícula biliar; pero no fué así, pues en lugar de esto, encontré casi todos los intestinos adheridos entre sí por una linfa plástica reciente.

En vista de esto, canalicé y á los cuatro dias el escurrimiento era ya abundante.

Los síntomas se mejoraron desde este dia y la mujer concluyó su convalecencia el 15 de Marzo. Evidentemente que debieron haber existido varias causas que nos ocultaron la existencia de una peritonitis; pero lo notable es que una ligera incision de la cavidad peritoneal bastó para salvar á esta enferma que indudablemente, sin esta intervencion, hubiera muerto.

El dia 28 de Febrero recibí una enferma, de 17 años de edad, enviada por el Dr. Watters. La paciente estaba profundamente anémica, sufria de un dolor abdominal agudo, y la consideré tan grave, que creí que le quedaban pocas horas de vida.

Hacia tres semanas que habia comenzado á estar enferma, cuando se decidió á llamar al Dr. Walters.

El abdómen estaba enormemente distendido y lleno de líquido. La temperatura estaba muy elevada y el pulso tan acelerado, que no recuerdo el número que conté la última vez que la pulsé.

Inmediatamente consulté con uno de mis colegas, si el caso estaba todavia en condiciones de ser operado. Habiendo estado de comun acuerdo en que todavía era operable, reunidos la mañana siguiente, abrí ampliamente el vientre y procuré la salida á una gran cantidad de pus, por lo que comprendí que aquello no tenia por causa una manifestacion local. Como la mujer era vírgen, no se podia sospechar una causa gonorréica, y no se podia relacionar á los anexos del útero.

Le puse un tubo de canalizacion dentro del peritoneo que le dejé ocho dias, durante los cuales, la

temperatura y el pulso bajaron á la normal. Hoy está completamente curada, y nadie, al verla, podrá reconocer en ella la moribunda que reconociamos precisamente tres semanas antes.

El 5 de Diciembre, el Dr. Penrose de Wingmoreford, tuvo á bien llamarme para que le diera mi opinion sobre una señora que hacia catorce dias habia empezado á estar mala. Luego que la ví, pude notar que los síntomas que presentaba eran graves. Los dolores abdominales eran tan intolerables, que no le permitian ni extender las piernas. Gran sensibilidad á la palpacion de la region; temperatura elevada, pulso muy frecuente.

El tacto vaginal no nos dió una clara idea del mal y solo se encontraron las dos trompas distendidas.

Los síntomas eran alarmantes, pues se habian desarrollado en muy pocos dias, y mi propuesta de abrir el vientre fué desde luego admitida. Operada la enferma, encontré una pelvi-peritonitis purulenta muy avanzada, cuyo orígen era una pio-salpingitis doble. Se extrajo todo el pus, se lavó la cavidad y se canalizó convenientemente. Poco despues desaparecieron los dolores, su estado general comenzó á mejorar, terminando á los pocos dias por la curacion completa.

Así, pues, hé aquí ocho casos de peritonitis aguda, de causas diferentes, tratados todos por la laparotomía, en ellos he obtenido seis éxitos.

Dos de éstos, fueron obtenidos en personas que por descuido se habian abandonado, y la operacion se efectuó en las más malas condiciones. Esta circunstancia, á no dudarlo, fué la causa de la muerte en otro de los casos. Respecto á la muerte de la primípara, no puedo decir si esta fué la única causa, porque no sé si una operacion oportuna la hubiese salvado, como era de sospecharse, en vista de los excelentes resultados que en las otras operadas hemos obtenido.

Réstame, por último, alentaros á que intervengais lo más pronto posible, para procurar salvar por medio de la laparotomía, á tanta desgraciada primípara, tan luego como se tenga la seguridad de que se trata de una peritonitis aguda.—(*Annals of Gynæcology.*—Junio de 1888.)

HOSPITAL DE LA PIEDAD.

(M. Verneuil.)

De la conducta que se debe observar en los casos de fractura de la extremidad inferior de la pierna, con amenaza de perforacion de la piel.—(Leccion recogida por M. J. L. Faure, interno del servicio).—En el número 55 de la Sala Michon, se encuentra un hombre de cincuenta años de edad, vigoroso y de color subido. El 19 de Mayo último, andando en un pasadizo oscuro de una casa, puso de pronto el pié en el vacío y cayó fracturándose la pierna derecha.

Levantado por sus compañeros, fué colocado en una camilla y conducido al hospital, á donde llegó en el momento de la visita.

Fué fácil reconocer, al primer golpe de vista, hácia el tercio inferior de la pierna, una de esas fracturas que Gosselin ha descrito bajo el nombre de fracturas en V. El pié, invertido hácia afuera, absolutamente móvil, casi suelto y el fragmento superior formando en la parte antero-interna de la pierna, una saliente tan pronunciada que amenazaba perforar la piel ya adelgazada y ligeramente equimótica.

El enfermo fué inmediatamente acostado, en tanto que un ayudante tiraba del pié á fin de impedir la perforacion de la piel y el frotamiento de las extremidades huesosas.

Colocado al pié del lecho, hice inmediatamente una tentativa de reduccion, tirando (enérgicamente) con las dos manos sobre el pié mientras que un ayudante sostenia la pierna y practicaba la contra-extension.

En estas condiciones, desapareció la saliente del fragmento superior, el inferior volvió á su lugar y la reduccion pareció ser completa. Pero apenas interrumpia la traccion ó moderaba solamente mis esfuerzos, las cosas volvian al mismo estado, el fragmento inferior solicitado por los músculos de la pantorrilla, remontaba inmediatamente, deslizando detras del fragmento superior y la punta de la V tibial, volvia á su posicion primera amenazando de nuevo perforar la piel. Esta maniobra, repetida muchas veces, dió siempre idénticos resultados. Era, pues, imposible, so pena de ver reproducirse la deformacion y el hueso desgarrar la piel más y más delgada, era imposible, decia, encerrar este miembro dentro de un aparato.

Sin enbargo, hoy habeis podido ver que la direccion de la pierna ha sido rectificada, que se encuentra en buena posicion, sin retraccion y aprisionada en un aparato de yeso que nos permitirá segun todas las probabilidades, obtener una consolidacion perfecta.

He pensado que no os seria inútil conocer el procedimiento que en casos de este género me parece deber ser preferido á los demás.

Son estos casos de práctica diaria; los antiguos cirujanos que tanto se preocupaban, con justo título, de las temibles complicaciones de las fracturas abiertas y desarmados delante del pus, la infeccion y la septicemia, usaban de todos los medios para prevenir la transformacion de las fracturas cerradas en fracturas de foco abierto al exterior. Tal es el caso de nuestro enfermo y en él, si hubiéramos de-

jado las cosas en tal estado, el hueso habria ciertamente perforado la piel. Sin duda esta complicacion es hoy infinitamente menos grave que antes: un lavado cuidadoso del hueso y un poco de yodoformo en la herida, nos ponen al abrigo de estos desastres, que antes eran regla y hoy excepcion.

Pero preferimos, sin embargo, ver un fragmento huesoso bien oculto en los tegumentos, que traspasando la piel y directamente expuesto á todas las infecciones exteriores.

Blandin, para evitar esta perforacion funesta, é impedir que el fragmento inferior suba arrastrando la piel delante de la punta de la tibia, llegaba hasta proponer la seccion del tendon de Aquiles.

Malgaigne, menos radical, empleaba su famosa punta, para obligar al fragmento superior á mantenerse en el eje de la pierna y aplicarse contra el fragmento inferior. Se ha meditado mucho acerca de este procedimiento, que exponia á linfangitis y á periostitis causadas por la falta de limpieza del instrumento, que no se deben temer hoy; este procedimiento permitia, en ciertos casos, mantener reducidos los fragmentos recalcitrantes, que resistian á todos los otros medios. Por mi parte, he tenido que congratularme de su empleo, en algunos casos.

Pero me direis, ¿por qué para vencer la tonicidad ó la contractura espasmódica de los músculos, no usais el cloroformo?

Sin duda este procedimiento es bueno y muchos cirujanos lo emplean diariamente. Evita el dolor al paciente, y permite, una vez obtenida la resolucion, reducir fácilmente la fractura y aplicar entonces el aparato que se juzgue más conveniente.

Sabeis que la resolucion muscular no se obtiene sin dificultad, sobre todo en ciertos individuos vigorosos, inveterados bebedores; el enfermo se agita á veces considerablemente y entonces es preciso emprender con él una lucha en la que no se lleva siempre la parte más ventajosa. En estas condiciones, los movimientos que se verifican en el foco de la fractura son considerables: es necesario haber asistido á una escena de este género, pare darse cuenta de los desórdenes que sobrevienen al nivel de los fragmentos y para tener una idea de los crujidos que se oyen.

No se explica que los músculos, los vasos y los nervios mismos, resistan á tales pruebas.

Generalmente, se encuentran en extremo maltratados, y la piel misma, puede perforarse porque á pesar de los esfuerzos de los ayudantes, nunca llegan á poner los fragmentos absolutamente inmóviles. Es un espectáculo lamentable, del que se sale generalmente con la intencion de no usar más el cloroformo para semejantes operaciones, á menos que se trate de individuos cuya sobriedad innegable haga esperar una anestesia menos *movible.*

Por tales razones, os aconsejo: calmar, desde luego, al enfermo con dos ó tres cucharadas de jarabe de cloral ó una inyeccion de morfina. Hecho esto, debeis poner sobre el pié, abajo del punto fracturado, un vendaje cualquiera: algunas bandas de diaquilon bastan. A este aparato se inserta una cuerda que, pasando por una polea de reflexion colocada en el pié de la cama, soporte un peso variable segun los individuos, pero no temais escoger un peso un poco elevado. Se puede llegar perfectamente hasta 6 ú 8 kilógramos, no debiendo ejercer la traccion por largo tiempo. La contra-extension se efectúa por el peso del cuerpo, ó lo que es más seguro, por una lazada que se aplica entre las dos piernas del sugeto y viene á fijarse por sus dos extremidades sobre la cabecera de la cama.

Bajo la influencia de esta traccion contnúua, se ven fatigarse prontamente los músculos, ceder poco á poco, y operarse la reduccion. A menudo no demanda más que algunos minutos; en algunos casos es casi instantánea, otras veces, al contrario, exige media hora ó más. Esto depende en gran parte, como es fácil imaginarlo, de la potencia de los músculos, del estado de excitabilidad del individuo y del peso empleado. Cuando la reaccion se ha obtenido, es preciso esperar aún, insisto especialmente sobre este punto; es preciso esperar, decia, á que los músculos estén fatigados, agotados. En efecto, si se quitara desde luego el aparato, podria reproducirse inmediatamente el desalojamiento, y no estando aún laxos los músculos, su resistencia es casi tan fuerte como antes, en consecuencia, se perderia todo el beneficio de la primera intervencion.

Se continuará, pues, la estencion durante dos ó tres horas, segun los casos, á veces más. Pero dos ó tres horas bastan generalmente.

Se quita entonces el aparato, en tanto que un ayudante, tomando el pié con las dos manos, una detrás de la garganta del pié y la otra en medio del tarso, continúa ejerciendo una traccion que demanda mucha menos energia que al principio y por ende es menos fatigosa.

Será entonces fácil, tirando siempre el ayudante en ángulo recto, estando la pierna en buena direccion, aplicar un aparato de yeso, una canaladura posterior con estribo, por ejemplo. Manténgase el pié en esa situacion hasta la completa solidificacion del yeso, y se estará al abrigo de un desalojamiento ulterior.

Tal es la conducta que he observado en nuestro enfermo.

Bastó un peso de 6 kilógramos aplicado durante dos horas. La reduccion fué casi instantánea y el

yeso pudo ser aplicado sin dificultades, en tanto que un ayudante mantenia el pié, tirando ligeramente sobre él.

Hoy que han transcurrido cuatro dias despues de la aplicacion del aparato, nada se ha desarreglado, la pierna está recta, los fragmentos están en buena posicion, el enfermo no sufre y tengo la firme creencia de que saldrá de aquí completamente curado. —*(Gazette de Hopitaux, Juillet 12 de 1888.)*

TOXICOLOGIA.

REACTIVOS QUÍMICOS DE LA INTOXICACION SATURNINA.—El Dr. Dumoulin ha presentado no hace mucho tiempo á ia Academia real de medicina de Bélgica á un jóven atacado de intoxicacion saturnina, cuya piel, untada con sulfuro de sodio ó sulfhidrato de amoniaco, tomaba un tinte negro muy marcado. Este fenómeno es considerado como un síntoma patognomónico bastante curioso, y de tal naturaleza que permite diagnosticar el mal con más facilidad que la lista azul gingival. Este hecho concuerda con la opinion emitida por el Dr. Pereire, que el plomo se elimína por la piel.

EFECTOS TÓXICOS PRODUCIDOS POR UNA DÓSIS MÍNIMA DE SULFATO DE DUBOISINA.—El Dr. Chadwick cita un caso en que la instilacion de un centésimo de grano de sulfato de duboisina (o. gr. 00007), para éxaminar más fácilmente una catarata senil, produjo delirio, durante muchas horas, dejando al enfermo en un estado de total inconsciencía. Se ha admitido que los ancianos son particularmente sensibles á la accion de esta droga; la similitud de estos síntomas y de las causas de la atrofia senil conocida bajo el nombre vulgar de reblandecimiento de la médula, puede hacer admitir que esta accion es debida á un estado sintomático de las arteriolas cerebrales.—*(Les Nouveaux Remèdes).*

FORMULARIO.

INCOMPATIBILIDAD DEL CLORATO DE POTASA Y DEL IODURO DE FIERRO.—Un accidente, mortal en un niño, ha revelado la incompatibilidad que existe entre el clorato de potasa y el ioduro de fierro. Por la mezcla de estas dos sustancias, el fierro se precipita al estado de sesquióxido y el iodo se separa completamente.

Esta incompatibilidad ha sido experimentada despues; siempre se ha encontrado constante.

RAPIDEZ DE LA ABSORCION DE LOS MEDICAMENTOS CALIENTES.—El Profesor Levin, llama la atencion sobre las ventajas que puede haber en préscribir, calientes, los medicamentos. A la temperatura de 40°6, los medicamentos líquidos, son más rápidamente absorbidos, y los resultados obtenidos son más enérgicos que cuando se administran frios.

LAVATIVA CONTRA LAS CONVULSIONES DE LOS NIÑOS. (Dr. J. Simon).

Almizcle .... o gramos 20.
Alcanfor .... 1 ,,
Hidrato de cloral .... o ,, 50.
Llema de huevo .... número 1.
Agua destilada .... 150 gramos.

Vacíese antes el intestino con una lavativa grande, simple ó aceitosa.

POLVO CONTRA LA JAQUECA MENSTRUAL. (Dr. Cheron).—Tomar todos los dias durante todo el tiempo que separa los periodos menstruales las dosis siguientes:

Polvo de guarana recientemente preparado .... 3 gramos.
Bicarbonato de sosa .... o 50 cent.

En un papel que se toma en medio vaso de agua despues de la comida.

INYECCIONES HIPODÉRMICAS DE AGUA SALADA,—por Rosenbuch.—Los trabajos de Cantani, concernientes al tratamiento del cólera asiático por las inyecciones de agua salada, han sugerido al autor la idea de ensayar este mismo tratamiento en otros estados graves provocados por el debilitamiento cardiaco. Emplea una solucion al 6% de la que inyecta de 5 á 20 gramos. Nunca ha observado ni inflamacion ni abscesos consecutivos á la inyeccion. Despnes de haber inyectado 20 ó 30 gramos, observó, al cabo de tres á cinco minutos, que el pulso adquiere fortaleza, y es más lento. Esta mejoría persiste durante algunas horas.

Semejante tratamiento está indicado en los casos siguientes:

1º Colapsus agudo. 2º Debilidad cardiaca en el curso de las enfermedades agudas. 3º Gastro-enteritis sobre-agudas. 4º Hemorragias pulmonares, estomacales ó intestinales. 5º Diferentes estados caquécticos.

TRATAMIENTO DE LA GASTRALGIA.—(Dr. Gallard).

1º Tomar antes de cada comida una gota de la mixtura siguiente, sobre un pedazo de azúcar:

Clorhidrato de morfina .... 10 centíg.
Agua destilada de laurel cerezo ... 5 gram.

2º Interrumpir al cabo de un mes y reemplazar por una de las píldoras siguientes:

Arseniato de fierro .... 10 centíg.
Extracto de valeriana .... 5 gram.
H. s. a. 50 *píldoras.*

Alternar así de mes en mes.

3º Cuando se tome la gota, bébase agua férrica en la comida; cuando se tome la píldora, bébase agua ordinaria adicionada de dos gramos de bicarbonato de sosa por litro.

4º Tomar en la tarde, dos horas despues de comer, una cucharada del jarabe siguiente:

Bromuro de potasio..........	10 gram.
Jarabe de corteza de naranja...	250 ,,

H. s. a.

5º Duchas frias de 15 segundos sobre todo el cuerpo.

POCION CALMANTE PARA LAS RECIEN PARIDAS.

Agua destilada..............	90 gram.
Tintura de digital...........	XII gotas.
Agua de laurel cerezo........	1 gram.
Jarabe de codeina...........	25 ,,

H. s. a. para tomar en tres partes durante la noche.

Cuando se trate de producir el sueño á una persona que tiene fiebre, Guéniot prescribe:

Agua destilada de tila..........	90 gramos
Tintura de digital.............	XV gotas
Agua de laurel cerezo..........	1 gramo
Jarabe de codeína..............	35 ,,
Tintura de raíz de acónito, de.....	VI á X gotas

H. s. a.

ANTISEPSIA INTESTINAL EN LAS DIARREAS PÚTRIDAS.

1º Agua sulfo-carbonada.

Sulfuro de carbono puro....	25 gramos
Agua destilada............	400 ,,
Esencia de menta.........	30 gotas

Agítese y déjese depositar esta mezcla en un vaso de medio litro de capacidad. Se cuidará de renovar el agua cada vez que se agote.

Dósis: 5 á 10 cucharadas diarias. Cada cucharada se tomará en medio vaso de leche ó de agua vinosa.

Régimen tónico y fortificante.

2º Lavativa de resorcina.

Resorcina................	2 gramos
Agua destilada..........	150 ,,

H. s. a.

3º Lavativa de naftol.

Naftol.....................	2 gramos
Alcohol....................	5 ,,

Se disuelve y se agrega

Agua destilada..............	500 gram.

H. s. a. *una lavativa.*

El Sr. Bouchard prescribe en 20 papeles, para tomar uno cada hora, la mezcla siguiente:

Naftalina.............. / Azúcar.................	ââ 5 gramos

Esencia de bergamota: 1 á dos gotas.

ELIXIR GREZ.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL TRATAMIENTO DE LAS DISPEPSIAS GASTRO-INTESTINALES.

Repetidas ocasiones se ha llamado la atencion del Cuerpo Médico, sobre la medicacion clorohidropépsica en las dispepsias. La frecuencia de este estado patológico, su influencia fatal sobre la nutricion, explican la importancia que en todos tiempos han dado los prácticos al tratamiento de estas enfermedades. Los estudios actualmente tan completos sobre la digestion, han permitido establecer que las causas esenciales de las dispepsias son: la alteracion de los fermentos digestivos y la atonía de las fibras musculares.

Así, pues, la terapéutica de las perturbaciones digestivas está claramente precisada; ante todo, es necesario remediar la insuficiencia de los fermentos, estimulando á la vez la vitalidad del órgano. Este doble punto de vista habia preocupado á Mr. Grez, farmacéutico laureado de los hospitales, quien logró resolverlo felizmente. Inspirándose en los notables trabajos de Berthelot y Richet sobre el jugo gástrico, asoció la pepsina clorhídrica á la pancreatina y á los amargos, obteniendo de esta manera una preparacion cuyo enérgico poder digestivo ha sido demostrado por numerosas experiencias fisiológicas y clínicas.

Mr. Chéron, médico en jefe de San Lázaro, que ha estudiado con el mayor cuidado este medicamento, ha señalado los felices resultados de su empleo en el tratamiento de los vómitos de la preñez.

El elíxir clorhidro-pépsico, dice el Dr. Angelo, de Paris, siempre me ha dado excelentes resultados, y con mucha frecuencia he visto dispépticos curarse rápidamente con este medicamento cuando todos los demás tratamientos habian fracasado.

Recordaremos, para terminar, los notables resultados obtenidos en el hospital de niños, resultados que han establecido la eficacia de este tratamiento en las perturbaciones gastro-intestinales de los niños, así como en la lienteria.

El elíxir Grez contiene 0gr.50 de pepsina por cucharada. Las dósis, salvo indicaciones especiales, son de una copita para adultos en cada comida, y una ó dos cucharadas para niños. La forma líquida es preferible, porque en solucion la pepsina clorhídrica posee el poder digestivo más rápido y enérgico. En los adultos que no soporten las preparaciones cuya base es el vino, puede reemplazarse el elíxir por las píldoras clorhidro-pépsicas Grez tomando dos á tres en cada comida.

En resúmen, esta preparacion, por su notable eficacia, su rápida accion, su fácil administracion, ha venido, segun la expresion de un experimentador, á llenar un vacío en la terapéutica de las dispepsias.

TIP. DE DUBLAN Y COMP.

VOL. I. México, Agosto 15 de 1888. NUM. 12

REVISTA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO BIMENSUAL DIRIGIDO POR EL DR. JOSE RAMOS.

COLABORACION:
Dres. R. Lavista, M. Carmona y Valle, E. Liceaga, J. M. Rodriguez, R. Fuertes, M. Alvarado, D. Mejía, J. M. Bandera, M. Dominguez, M. Gutierrez, San Juan, F. de P. Chacón, R. Vertiz, M. Cordero, F. López, F. Ortega y Fonseca, F. Hurtado, N. Vargas, J. Martinez del Campo, C. Tejeda Guzman, J. Villagrán.

DIRECCION Y REDACCION:
REFUGIO NUM. 15, ENTRESUELO,
DESPACHO DE LOS SRES.
E. DUBLAN Y COMP.
Administrador y propietario: Dr. Manuel Barreiro.
Apartado en el Correo núm. 619.

PRECIOS DE SUSCRICION:
EN LA CAPITAL
Por un mes. ....$ 0 50
Por seis meses.................... 2 50
EN LOS ESTADOS
Por un mes. ....$ 0 62
Por seis meses.................... 3 00

PRENSA EXTRANJERA QUE RECIBIMOS PARA LA FORMACION DE LA REVISTA:

"Gaceta Médica de Paris."—"Gaceta de los hospitales civiles y militares de Paris."—"Periódico de las Sociedades Científicas."—"Revista Científica."—"La Naturaleza."—"Gaceta Hebdomadaria."—"Revista de Medicina," de Bouchard, Charcot y Chauvau.—"Anales de las enfermedades de los órganos genito-urinarios."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Lúcas Championière.—"Periódico de Medicina de Paris," de Lutaud.—"Boletin de la Academia de Medicina."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Bruselas.—"El Electricista."—"El Tiempo Médico," de Filadelfia.—"El Registro Médico."—"El Mundo Médico."—"Anales de Ginecología," de Boston.—"La Lanceta," de Lóndres.

SECCION EDITORIAL.

BREVES CONSIDERACIONES

SOBRE EL

HEMATOCELE PERI-UTERINO.

Difícil será encontrar en Patología un punto que haya dado lugar á trabajos tan numerosos é importantes como el hematocele periuterino. Señalado la primera vez por Ruysch en el siglo pasado, por Recamier en la "Lancette Française," bien observado y descrito por Bernutz, en 1843, despues por Nelaton en 1850, el hematocele ha sido estudiado en numerosos trabajos, entre los cuales es necesario citar en primera línea las tésis de Vignés, de Voisini, las Memorias de Gallard, de Ferber, el interesante artículo de Virchow en su "Tratado de los tumores," y un trabajo de Besnier. Más recientemente, la notable tésis de agregacion de Poncet, así como la de Fousset, han resumido de una manera completa la historia de esta afeccion, de la cual no conocemos con perfeccion ni la sintomatología, que varia notablemente con cada caso, ni la etiología que está apenas en bosquejo, ni la patogenia que presenta aún muchos puntos oscuros, cuya solucion está por encontrarse.

El hematocele, es más frecuente de lo que generalmente se cree, no diré entre el vulgo, sino aun entre los mismos médicos; y si bien es cierto que las estadísticas nada suministran, esto no debemos atribuirlo á su rareza, sino á la variabilidad del cuadro sintomático; variabilidad que proviene de la constitucion y temperamento de la enferma, de las causas que han determinado la hemorragia, de la intensidad del derrame, de su repeticion, y sobre todo, del tratamiento observado. ¡Cuántas enfermas he visto, así en la práctica civil como en la nosocomial que han sido tratadas por los vejigatorios en el vientre, por la aplicacion de sanguijuelas, por los purgantes de todo género (que dicho sea de paso, son en esta afeccion altamente dañosos), por los antiespasmódicos, etc., etc. Todo esto proviene sin duda alguna de las dificultades en muchos casos para llegar al diagnóstico; sobre todo, cuando el derrame es pequeño y por consiguiente difícil de apreciar aun por la exploracion; cuando la hemorragia, en vez de presentarse *tout d'un coup*, se hace gota á gota, especie de *stillicidium*, de escurrimiento gradual y lento que puede detenerse en un momento dado, para repetirse despues más ó menos tarde. Este mecanismo que nos indica la teoría, ha sido confirmado por la práctica: muchas veces se han observado á la autopsía dos lóculos perfectamente distintos, de edades diferentes, que reconocen por orígen dos hemorragias producidas á intervalos distantes.

La oscuridad que reina aún en la ciencia á propósito de esta afeccion, sobre todo bajo el punto de vista etiológico y patogénico, me ha decidido á publicar un solo caso que yo mismo tuve ocasion de observar, durante mi práctica en Paris, y que en mi concepto no carece ni de interes ni de originalidad. De acuerdo con el gran clínico Peter, creo mil veces más útil analizar un solo caso, que agruparlos por centenares, sin exámen profundo y concienzudo.

La Sra. N. N., casada, de buena constitucion, de temperamento sanguíneo-nervioso, y teniendo todas las apariencias de una excelente salud, comenzó á sufrir en Enero de 1886 de varios accidentes que al principio no fué posible relacionar á ninguna causa. Estos accidentes, que yo trataré de enumerar en órden cronológico, fueron los siguientes: la amenorrea, que jamás habia padecido y que comenzó á manifestárse claramente á fines del mes de Enero, época en que segun sus cálculos, debieron haberse presentado las reglas. Poco despues ó casi al mismo tiempo, alteraciones digestivas, consistentes en náuseas, ascos, vómitos frecuentes, constipacion tenaz y una anorexia sumamente rebelde que alternaba con la bulimia. En seguida, y sin desaparecer ninguno de los síntomas anteriores, se presentaron, como para completar el cuadro, desórdenes de la inervacion, entre los cuales conviene señalar muy especialmente, una neuralgía facial (rama oftálmica de Willis), que fué demasiado tenaz y persistente; desórdenes circulatorios, tales como palpitaciones cardiacas, vértigos, etc., cefalalgia, alteraciones secretorias, como ptialismo, diminucion de la cantidad de sales, así como de la urea en la orina. La piel presentó tambien modificaciones notables; tomó un color pálido sucio amarillento, ofreciéndo en el cuello y brazos algunas manchas de efélides bastante opacas. Las mamilas se hincharon, el mamelon cambió de color y á la presion se escurria una gran cantidad de calostro. Agréguese á esto que por parte de los órganos genitales apareció, desde muy temprano, un reblandecimiento del cuello perfectamente apreciable al tacto. ¡Y que me diga el mejor partero del mundo si no es este el cuadro de síntomas de *presuncion* y de *probabilidad* de un embarazo reciente. Tal fué en efecto mi opinion, así como la de otros inteligentes compañeros que conmigo presenciaron el caso. Asi transcurreron los meses de Enero, Febrero y Marzo; pero á principios del mes de Abril y cuando todos unánimemente creiamos que el embarazo entraba al cuarto mes, la enferma, que á pesar de todo se encontraba en un estado relativamente satisfactorio, tuvo repentinamente un dolor sub-agudo que se localizó en el hipogástrio acompañado de vértigos, palpitaciones, ilusiones sensoriales, particularmente de la vista y enfriamientos de las extremidades; dolor cuya duracion fué de unos cuantos minutos y que felizmente desapareció espontáneamente. Sin embargo de la benignidad aparente del dolor, cuya causa se nos escapaba, el médico de cabecera obligó á la enferma á guardar cama por dos dias, durante los cuales no hubo nada que llamase la atencion, á pesar de la más rigurosa observacion. Al tercer dia se levantó con las mejores apariencias de salud y bienestar; pero apenas comenzó á caminar en la *chambre* cuando fué acometida por un dolor brutal, sobre-agudo, expulsivo, lancinante y gravativo, localizado como el primero, en el hipogástrio, experimentando al mismo tiempo la sensacion de un cuerpo extraño, que tendia á salir por la vagina. El dolor se irradió con fuerza hácia el recto, la vejiga, los riñones, las fosas iliacas y fué acompañado de todos los signos de una hemorragia interna llevada á su máximum de intensidad: palidez extrema, pequeñez del pulso, abatimiento de la temperatura, síncope de alarmante duracion y enfriamento muy marcado de las extremidades.

Llamado entonces en consulta el inteligente y sabio Dr. Campenon, diagnosticó acto continuo un hematocele peri-uterino extraperitoneal; diagnóstico que formuló *antes* de ver á la enferma y que confirmó *despues* por el exámen físico. Y en efecto, el tacto vaginal mostraba lo inaccesible del cuello del útero, que se encontraba fuertemente empujado hácia adelante y unido á la cara posterior del púbis; sintiéndose hácia atrás un tumor enormemente voluminoso limitado por el fondo de saco de Douglas que forma, como se sabe, la parte más declive del peritoneo y extendiéndose igualmente á ambos lados. Este tumor redondeado, globuloso, sin límites precisos hácia arriba y hácia

atrás, se prolongaba hácia abajo sobre la pared vaginal hasta á 4 ó 6 centímetros de la vulva. La palpacion hipogástrica hacia sentir una tumefaccion que ocasionó la prominencia de las paredes del vientre de abajo hácia arriba hasta el nivel del ombligo. Reciente como era el derrame, fácil fué apreciar la fluctuacion, ejerciendo una presion brusca, pero ligera, sobre la porcion saliente del tumor en la region hipogástrica, mientras que dos dedos de la otra mano se apoyaban sobre la pared anterior de la vagina.

Los accidentes consecutivos inmediatos fueron los de una hemorragia abundante, es decir, que se presentaron todos los síntomas característicos de la *poliemia serosa;* la postracion y la debilidad persistieron por mucho tiempo, así como un tenesmo vesico-anal que se prolongó por espacio de 15 dias.

Todos los autores especialistas (Bernutz, Boulli, Barnes) nos dicen que cuando el derrame sanguíneo es muy abundante, la peritonitis abre la marcha de los síntomas; pero en el caso de que me ocupo, no fué así: la enferma nos presentó inmediatamente despues de la última hemorragia, el cuadro típico del peritonismo de Gubler; pero nada, absolutamente nada de la peritonitis propiamente dicha.

No quiero fatigar la atencion del lector, ocupándome minuciosamente de la marcha y terminacion del caso; pero no puedo tampoco terminar la parte descriptiva sin hacer notar dos puntos importantes: primero, que la enferma tuvo en los primeros dias siguientes, tres pequeñas hemorragias que aumentaron el volúmen del tumor que alcanzó las proporciones de una cabeza de niño; y segundo, que á pesar de todo esto, el enorme derrame se endureció, se retrajo y disminuyó lentamente, concluyendo por desaparecer, sin dejar huella ninguna apreciable, al cabo de cuatro meses, es decir, que terminó por resolucion franca, á lo cual contribuyó poderosamente el tratamiento instituido oportunamente por el Profesor Campenon; tratamiento tan racional como sencillo, y que se concretó á lo siguiente: reposo completo y hielo constante en las paredes del vientre.

Permítaseme ahora entrar en algunas consideraciones sobre Patogenia y semeiótica á que natural y lógicamente se presta la historia que acabo de hacer.

Todo el mundo sabe á cuántas teorías ha dado lugar el mecanismo de produccion del hematocele; y precisamente esta circunstancia demuestra evidentemente la gran oscuridad que reina aún en la ciencia á este respecto. Dos teorías quedan aún en presencia: en la primera, la sangre es suministrada por uno de los órganos de la pequeña pélvis; en la segunda, es consecutivo á una peritonitis crónica hemorrágica: en el primer caso, el derrame es primitivo; en el segundo, es consecutivo. Para Nelaton y Langier, resulta de una hemorragia del ovario en el momento de la época menstrual; la sangre exhalada en cantidad más considerable que de costumbre, cae en el fondo de saco del peritoneo y se acumula, provocando una peritonitis adhesiva. Puech y Trousseau, admiten una exudacion sanguínea fisiológica que se hace en la trompa en el momento de las reglas y que la exageracion de esta hemorragia produce el derrame sanguíneo en el peritoneo. Bernutz, supone al contrario, que bajo la influencia de una contraccion espasmódica del cuello del útero, la sangre regresa por reflujo á la trompa y de allí al peritoneo. Para Gallard, la congestion exagerada del ovario, ya en el momento de las reglas, ya en su intervalo y á consecuencia de una excitacion genérica, puede llegar hasta la hemorragia, y en estas condiciones el óvulo desprendido del ovario cae en el peritoneo, del mismo modo que la sangre que resulta de la ruptura de la vesícula de Graaf. Los hematoceles deben, pues, considerarse como verdaderos embarazos extra-uterinos, haya ó no fecundacion del huevo, cuya evolucion ha sido la causa primera y necesaria de la hemorragia. El hematocele espontáneo no es, en consecuencia, sino una puesta extra-uterina, pudiendo suceder que la hemorragia no se produzca en el momento de la caida del óvulo, sino algun tiempo despues por ruptura del quiste fetal ó de las falsas membranas que se han organizado al rededor del quiste. En fin, Richet coloca el punto de partida de la hemorragia, en la ruptura de una de las venas varicosas del plexus útero ovárico, y admite como causa un varicocele ovariano más frecuente á la izquierda que á la derecha; pero Puech, asegura que es

posible la ruptura, sin estado varicoso anterior.

La segunda teoría que tiene por representantes á Virchow, Ferver, Friedreich y Besnier, es la teoría de la *paqui-peritonitis hemorrágica;* y segun estos autores, los hematoceles más frecuentes son consecutivos á pelvi-peritonitis antiguas, que se forman lentamente por ruptura de los vasos sanguíneos que ocupan el espesor de las falsas membranas, vasos de nueva formacion y poco resistentes que se rompen con facilidad. La afeccion es, pues, una pelvi-peritonitis aguda ó crónica, que accidentalmente se hace hemorrágica.

DR. C. TEJEDA GUZMAN.

(Continuará).

DEL TRATAMIENTO
DE LA
ESTRECHEZ URETRAL
Por la dilatacion rápida progresiva.

Defendidos calurosamente los diversos procedimientos ideados para corregir la estrechez de la uretra, no se ha podido conseguir, despues de largas discusiones más ó menos eruditas, de demostraciones comprobadas por imponentes estadísticas, el uniformar la opinion de los especialistas en este ramo.

Le Dentu, sostiene la excelencia de la divulsion sin considerar los frecuentes fracasos de este procedimiento por las desgarraduras más ó menos extensas de la uretra.

Guyon y Terrier, defienden la uretrotomía interna y sostienen con Lúcas Championnière la supremacía del método.

Marc See y Humbert, atribuyen sus buenos éxitos á la aplicacion de la antisepsia más rigurosa, tanto en el aparato instrumental como en el terreno operatorio.

Trelat, admite la uretrotomía interna seguida de dilatacion.

Leon Le Fort, atacando estos diversos métodos, propone el de la dilatacion rápida progresiva, apoyado por la presentacion de dos casos tratados por dicho método por Beranger Ferand con el más completo y feliz éxito.

Sin embargo, á pesar de la diversidad de opiniones, queda asentado como una de las conclusiones de la discusion sobre este asunto en la Sociedad de Cirugía francesa, que la dilatacion debe de ser considerada como el método general.

Ahora bien, ¿á qué se debe atribuir esta diferencia de opiniones? Creo que esto depende únicamente de la tendencia á generalizar un solo método de tratamiento para toda clase de estrecheces.

¡Cuántas veces un estrechamiento blenorrágico, bien vascularizado, permeable, sistemáticamente tratado por la uretrotomía interna, ha ocasionado una grave ó mortal hemorragia, dando así pábulo y desastroso ejemplo á los detractores del método, cuando más que atacar éste, debieran vituperar la rutina, capricho ó impericia del operador!

Sabemos que la generalidad de los cirujanos admite que á los estrechamientos pasajeros debe aplicarse un tratamiento esencialmente médico; mas á aquellos que resulten del espasmo de la uretra, debe oponérseles el cateterismo con sonda metálica y de grueso calibre.

Nos queda por analizar el procedimiento que debe aplicarse en los estrechamientos permanentes.

1.° En los de causa blenorrágica, no muy antiguos (de 3 á 5 años máximum), en individuos que no hayan padecido con mucha frecuencia la blenorragia y, sobre todo, que no hayan sido tratados por alguno de los procedimientos sangrantes (uretrotomía, divulsion), está indicado el tratamiento por la dilatacion rápida progresiva.

2.° En los estrechamientos blenorrágicos antiguos más ó menos múltiples y con más razon si han sufrido el tratamiento por la uretrotomía ó por la divulsion, debe aplicarse lo mismo que en los *cicatriciales*, la uretrotomía interna seguida muy de cerca de la dilatacion.

3.° Los estrechamientos traumáticos necesitan en el mayor número de casos ser tratados desde luego por la uretrotomía externa, para lograr la permeabilidad é integracion del canal. Sin embargo, en muchos casos, ora de causa blenorrágica antigua, ora reincidentes despues de la uretrotomía interna, deberá intentarse y pudiera probablemente obtenerse un buen resultado por medio de la dilatacion, no olvidando el precepto que formula M. Leon Le Fort en la 8ª edicion de la Medicina Operatoria de Malgagne (pág. 564 del 2° tomo,

año 1877), precepto que religiosamente deben acatar todos los que se encuentren afectados de estrechez uretral desde el momento que piensen poner un remedio á sus padecimientos; dice así: "Ningun tratamiento pro- "cura la curacion rápida y definitiva de los "estrechamientos de la uretra: el cirujano so- "lamente puede devolver á la uretra su cali- "bre normal: al enfermo corresponde, y solo "á él, continuar el tratamiento sondeándose "periódicamente, so pena de reincidencia en "la gran mayoría de los casos, y debiendo "continuar el uso de la sonda durante mu- "chos meses y tal vez años."

Ahora bien, el método de la dilatacion llena las principales condiciones; llena todas las aspiraciones de un tratamiento quirúrgico por excelencia, porque consigue la permeabilidad del canal uretral sin efusion de sangre, sin grandes dolores y se ejecuta rápidamente. De consiguiente, siempre que sea aplicable, lo cual sucede en el mayor número de casos, debe emplearse como el único tratamiento inofensivo y de resultados inmediatos.

En cuanto á la manera de ponerlo en práctica, transcribiré concisamente la descripcion hecha por su autor.

Le Fort usa tres catéteres ó dilatadores cónicos de los núms. 12, 17 y 22 de la hilera de Charrière, correspondiendo este calibre á su porcion cilíndrica, y su extremidad aguzada tiene el diámetro del casquillo de las candelillas en las que se atornillan sucesivamente.

Introduce primero una candelilla para salvar el estrechamiento; conseguido esto, fija en ella el primer dilatador haciéndola avanzar por el camino que ha recorrido la candelilla.

Si esto no es fácil por la resistencia que ofreciere el canal, deja á permanencia la candelilla atornillándole una plaquita que á su vez se fija bilateralmente en los vellos del pubis.

Al cabo de 24 horas es posible la introduccion de los dilatadores, procurando deslizar cada uno de ellos con suma prudencia, siendo necesario aplicar los dias subsecuentes, ó por lo menos cada 2 ó 3 dias una sonda metálica del diámetro del tercer dilatador.

Cuando á pesar de haber permanecido la candelilla 24 horas en la uretra, no fuere posible introducir los dilatadores (señal probable de una estrechez cicatricial), tendrá que recurrirse á la uretrotomía interna.

Deseando yo hacer más progresiva la dilatacion, hice construir por Jorge Henning, fabricante de instrumentos de cirugía, una série de seis dilatadores correspondiendo á los núms. 14, 16, 18, 20, 22 y 23 de la hilera Charrière, con los cuales he podido, en los casos en que he aplicado este método, forzar muy gradualmente las estrecheces casi sin producir dolor á los enfermos y obteniendo en una sesion de 40 á 50 minutos, el más favorable resultado que desearse pueda.

El primer enfermo que traté por este método en la Sala de Círugia Menor del Hospital de San Andrés, aprovechando la amable invitacion y cooperacion de mi fino amigo y compañero Dr. Lúcas Castro, fué el siguiente:

Observacion 1.ª—D. C., natural de Durango, de 54 años, soltero, sastre, con habitacion en la Calle de Tenexpa núm. 7, ingresó el 15 de Noviembre de 1887 á la Sala de Cirugía Menor del Hospital de San Andrés, para curarse de una estrechez de orígen blenorrágico muy avanzada, que solo le permitia arrojar la orina gota á gota. Dijo haber padecido la primera blenorragia á la edad de 12 años, esto es, en 1845: de entonces al año de 1858, padeció otras tres, de las cuales, la última duró más de 6 meses.

Hasta esa fecha no tuvo incomodidad alguna en la emision urinaria, pero en 87 empezó á notar que la salida de la orina era lenta, llegando á verse en la necesidad de solicitar una cama en el referido Hospital, por las dificultades en la miccion.

El dia 20 de Noviembre procedí á la dilatacion introduciendo, no sin dificultad, la candelilla y sintiendo perfectamente el frotamiento en el punto estrecho. Una vez salvado este punto, sin molestia para el enfermo, introduje con suma prudencia el primer dilatador, unido ya á la candelilla, hasta tener la evidencia de que la extremidad aguzada del instrumento se hallaba en la vejiga. Dejé el instrumento en contacto con la estrehez durante cinco minutos; al cabo de este tiempo la retiré y sustituí por el segundo dilatador, introduciéndolo con las mismas precauciones. De la misma manera se aplicó el tercero, permaneciendo cinco minutos en la uretra, como los anteriores.

La introduccion de los tres primeros números no fué dolorosa ni produjo la más ligera hemorragia. Al deslizar el tercero, sentí una suave resistencia en el interior de la uretra; pero cedió de una manera progresiva con solo el peso del dilatador.

La aplicacion del cuarto, produjo molestia muy ligera al paciente, dando la misma sensacion que el anterior al pasar por la uretra. Dejélo introducido por 6 ó 7 minutos, y al extraerlo no presentó señal alguna de sangre.

El 5.° fué más doloroso que los anteriores, pero sin ser intolerable; permaneció 8 minutos, y al sacarlo traia señales de sangre que á lo sumo correspondian á 3 gotas; despues no escurrió ni una gota por el meato.

El enfermo toleró perfectamente los diferentes cateterismos que se le hicieron, sin demostrar sufrimiento alguno, lo cual nos permitió darnos exacta cuenta de las diversas sensaciones que experimentaba.

Desde luego pudimos insinuar libremente una sonda del núm. 22, por la que escurrió una gran cantidad de orina (cerca de 1,300 gramos).

No se volvió á explorar la uretra del enfermo sino hasta el dia 24 en que pasó perfectamente el núm. 22.

Volvió á colocarse esta sonda el dia 2 de Diciembre, el dia 4 de Enero y el dia 7 de Febrero, siempre con la mayor facilidad, no produciendo al enfermo el menor dolor y pudiendo éste arrojar su orina en condiciones completamente normales de cantidad y frecuencia.

Observacion 2.ª—L. C., de 22 años, soltero, jornalero, entró el 24 de Setiembre á la misma Sala. No acusó más enfermedad anterior que una blenorragia cuyas primeras manifestaciones aparecieron en Agosto del propio año.

En el mes de Noviembre, la uretra se encontraba estrecha y no admitia mas que el paso de la sonda núm. 6. En estas condiciones emprendimos la dilatacion, usando de las mismas precauciones que en el primer caso. El enfermo sintió alguna molestia con el tercer dilatador; el 5.° y 6.°, produjeron ligera hemorragia (próximamente 10 gramos), y algun dolor; por último, aplicamos la sonda núm. 22.

Se volvió á sondear el dia 25 con facilidad, y despues el 2 de Diciembre de igual manera, continuando la emision de la orina perfectamente fisiológica.

Observacion 3.ª—A principios de Enero de este año, invitado por mi apreciable compañero el Dr. Hurtado, aplicamos este procedimiento en un hombre de 50 á 54 años, de temperamento nervioso, el cual, á pesar de mostrarse renuente á toda exploracion uretral, consintió en ser tratado por la dilatacion. Procedimos como ya he dicho; aplicando sucesivamente los cinco primeros dilatadores, y no continuando con el 6.° por haberse producido una ligera hemorragia como de 30 ó 35 gramos. La dilatacion fué fácil, no dolorosa; el paciente acusó algunas molestias en los dos últimos solamente. No puedo hacer constar el resultado, pues el enfermo no ha vuelto á presentarse en la consulta del Hospital de Infancia.

Como se ve por estas tres observaciones, ningun procedimiento es tan tolerable y relativamente inofensivo como el presente.

Creo, pues, que en estrechamientos cicatriciales ó traumáticos, poco ó nada se conseguirá con este método; pero por su misma sencillez, bien puede aplicarse de preferencia en todos los casos, particularmente cuando sean recientes y no estén complicados de trayectos fistulosos ó de traumatismos de importancia.

DR. F. ORTEGA Y F.

CRONICA DE HOSPITALES.

HOSPITAL DE SAN ANDRES.

Sala de Clínica de 5º año.

Tabes dorsal espasmódica. — *Charcot.* — Remigio Montes de Oca, albañil, de 48 años de edad, natural de Yautepec, entró á este Hospital el 14 de Enero de 1888.

Refiere que hace dos años tuvo unas úlceras en el miembro, blenorragia y bubones que no supuraron sino que terminaron por la resolucion; con excepcion de estas afecciones, no ha padecido de ninguna enfermedad. Hace seis meses, á consecuencia de una inundacion que ocurrió en su pueblo, tuvo que estar gran parte de la noche con el agua hasta la cintura, y dormir en un lugar frio y húmedo. Veinte dias despues, trabajando en su ejercicio de albañil, comenzó á sentir en los miem-

bros inferiores, una sensacion de calor que le corria desde la planta de los piés hasta las rodillas, y despues se extendió hasta la articulacion coxo-femoral, acompañada de hormigueo y de temblor que era notable cuando el enfermo estaba de pié ó queria ejecutar algun movimiento. Cuando estaba en reposo ó sentado, experimentaba contracciones involuntarias en los aductores del muslo, que hacian chocar las caras internas de las rodillas y cansancio cuando estaba de pié.

Estos síntomas, que existian en los dos miembros, pero más marcados en el derecho, fueron aumentando de intensidad hasta producir dificultad en los movimientos y perturbar la marcha. Ocho dias más tarde el paciente ya no pudo andar; la paraplegia era completa, los miembros estaban en extension, inmoviles y no dolorosos; sin embargo, existen dolores annque ligeros en la region lombar, que el enfermo comparaba á la sensacion de cansancio. Por último, habia parecia vasical.

Este estado de cosas se prolongó durante un mes, al término del cual, llegó á Mexico con objeto de curarse.

Dice que le cauterizaron con fierro rojo la region lombo-sacra, con cuyo tratamiento se sintió mejorado, puesto que, á los cuarenta dias de esta medicacion, podia andar, aunque con dificultad.

Por el conmemorativo parecióme que se trataba de una lesion medular. Procedí al exámen, de la manera siguiente: acostado el enfermo sobre el dorso, con los miembros inferiores desnudos, no se encontró, á la simple vista, ningun signo que revelase trastorno en la nutricion de la piel y de los músculos. En los movimientos de extension, flexion, aduccion y abduccion, nada habia anormal, pues el enfermo los ejecutaba con toda facilidad; impidiendo los movimientos de extension y de flexion, noté debilitado el esfuerzo muscular.

La sensibilidad de tacto, al dolor, á la temperatura y al cosquilleo, no presentaron ninguna perturbacion.

Hechas estas explicaciones, indiqué al enfermo que se sentara, lo que ejecutó sin dificultad alguna. Le ordené que cruzara la pierna derecha sobre la izquierda, y para ejecutarlo, tuvo que ayudarse con las manos. Provoqué el reflejo rotuliano y estaba tan exagerado, que produjo la trepidacion epileptoide: percutiendo la rótula de un lado, entraba en trepidacion el otro miembro.

El primer dia que observé al enfermo, tan pronto como le hacia dar los primeros pasos, le venian convulsiones en los miembros inferiores, fenómeno que aparecia con solo que se pusiese de pié. En los dias siguientes, la convulsion no sobrevenia sino dos ó tres minutos despues de que el enfermo permanecia en esta posicion. Al andar, la pierna derecha quedaba en la extension, lo que obligaba al paciente á describir un semicírculo con ella, rozando ligeramente el suelo con la punta del pié. Estos movimientos eran ejecutados cuando al andar miraba al suelo é iba apoyándose en un baston; pero cuando no veia aquel, ni usaba de éste, dejaba de describir la semicircunferencia y arrastraba el pié de atras á adelante.

Ni en los órganos de los sentidos, ni los aparatos circulatorio y respiratorio, pude encontrar perturbaciones apreciables. De parte de los órganos digestivos solo se notaba constipacion.

Las curvaturas de la columna vertebral eran normales. Al comprimir las apófisis espinosas al nivel de la cuarta vértebra dorsal y más aún en las dos últimas lombares, el enfermo acusa un ligero dolor.

Como se ve por estos síntomas, se trataba de una lesion medular-crónica; y la compresion de la médula, la esclerosis en placas y la tabes dorsal espasmódica de Charcot, son, en mi concepto, las enfermedades cuyas manifestaciones corresponden con los síntomas que presentaba nuestro enfermo.

Respecto de la compresion, podemos excluirla por el principio de la enfermedad, por la marcha de los síntomas, por la ausencia de varios de los que le son propios, y por último, porque nada hay en el conmemorativo, ni en la exploracion, que autorice para suponer la existencia de tumor ó deformidad cualquiera que determinara la compresion.

En cuanto á la segunda, la exaltacion de los reflejos tendinosos, la existencia de contracturas y el temblor, podria quizás convenir á nuestro enfermo; pero la falta de vértigo giratorio, y sobre todo, la fácil emision de la palabra, alejan completamente semejante suposicion.

Queda, pues, tan solo, la paralisis espasmódica de Erb, ó tabes dorsalis espasmódica de Charcot, afeccion que parece ser de la que adolece nuestro enfermo. Los síntomas iniciales, la pereza de los miembros inferiores, la exaltacion del reflejo tendinoso, la impotencia funcional, los accesos de trepidacion, la ausencia de dolores en los miembros, la retencion de orina, la constipacion, y por último, la conservacion de las masas musculares, todo hace suponer, con bastante fundamento, que se trata de la enfermedad antes mencionada.

El pronóstico es grave. Tratamiento: Baños frios de regadera, y al interior pocion iodobromurada.

MEDICINA LEGAL.

EXHUMACION DE CADÁVER POR SOSPECHAS DE "ENTERRAMIENTO EN VIDA."—EL EXPERTICIO CONFIRMA LA SOSPECHA.—LOS CULPABLES SON CONDENADOS.

El dia 22 de Junio de 1885 se presentó ante el Jurado del pueblo la causa instruida contra dos hombres acusados de haber enterrado viva á una mujer.

Por la misma rareza del caso, gran número de espectadores acudieron á la Sala de jurados para escuchar los detalles de un crímen que habia permanecido más de un año en la más completa oscuridad.

La historia del caso es la siguiente:

Antonio Gomez, de menos de 20 años de edad, pudo, por arbitrios más ó menos hábiles, mancillar la honra de Eulogia Rodea, que vivia con sus padres, quienes al tener conocimiento de su desgracia, se valieron de algunos medios para obtener que el seductor contrajera matrimonio con su desventurada hija. Verificóse este acto poco tiempo despues; mas como el tácito acuerdo de Antonio Gomez, fuera solo aparente, acabó por repugnar completamente la compañia de aquella mujer que se habia unido á él para compartir sus dichas y sus tristezas.

De la indiferencia pasó á los malos tratamientos; de allí á infames injurias, hasta que ya decidido á no soportar por más tiempo el vínculo que los unia, se dirigió á un hombre conocido por "el brujo," de nombre Máximo Palma, para que éste le aconsejara sobre la conducta que deberia observar para separarse de su legítima consorte.

Acordaron entrambos que Antonio Gomez cediera á Máximo Palma aquella desdichada mujer, quedando así libre de sus obligaciones para con ella; y para verificar este intento, se dirigieron hácia la morada de Gomez, en donde éste requirió á su esposa á que partiera con Máximo Palma para que éste viviese en lo de adelante con ella. Negóse la mujer á tan nauseabundo pacto y encendió el despecho en el despreciado Palma.

Desde el siguiente dia Gomez pareció más humano, más amable y hasta complaciente con su esposa; transcurrieron así varios dias...... pero una noche, Gomez refirió á su esposa que en Xoco, lugar distante una legua de Tlalpam, existia un tesoro escondido en cierto ángulo formado por ruinosos paredones. Tomó sus instrumentos de trabajo y suplicó á Eulogia que le acompañase para hacer menos penosa su tarea.

Animada Eulogia por el contento de su marido, prestóse á acompañarle para buscar el tesoro; fijóse el dia, y ya bien entrada la noche, ambos tomaron el camino de Xoco.... Eulogia llevaba el azadon.

En aquel lugar los esperaba *El brujo.* Eulogia tuvo cierto temor al verle; pero Gomez la tranquilizó, y designado el punto en que habia visto la luz, pusiéronse á cavar con empeño. Cuando la fosa estaba bastante profunda para el fin que se proponian, lanzáronse de improviso sobre la infeliz víctima, la arrojaron en ella, y empujaron en seguida la tierra y piedras amontonadas al derredor de la excavacion. En vano la espantada mujer imploró piedad de sus verdugos: inflexibles éstos en su propósito, lanzáronle palabras injuriosas y siguieron llenando la fosa hasta cerrarla completamente.

Al cabo de un momento todo quedó en silencio; partieron ellos para el pueblo y Gomez se dirigió á todas las puertas, con las lágrimas en los ojos, preguntando por *la infiel esposa que abandonando su hogar habia huido con otro hombre*, condenándolo á la más cruel desesperacion.

Un año despues, Máximo Palma, tratando de abusar de la credulidad de una mujer, se introdujo clandestinamente en su casa aprovechando la ausencia de su marido.

Mas como no consiguiese realizar sus infames propósitos por el engaño, apeló á la amenaza, indicando á su víctima que si se negaba á obsequiar sus deseos, correria la misma suerte que la esposa de Antonio Gomez: seria enterrada viva.

Salió Palma de la casa, y la amenazada fué al dia siguiente en busca de un hermano de la desgraciada Eulogia y le reveló la confesion de Palma; sin vacilar, el hermano se dedicó empeñosamente á buscar el lugar en que Eulogia habia sido enterrada; guiado por ignorados indicios, llegó á la hacienda de Xoco, y al ahondar la tierra en las ruinas llamadas "Los paredones," una notable fetidez le anunció que habia encontrado lo que buscaba. Suspendió su tarea, dió aviso á la autoridad respectiva, y ésta mandó custodiar el sitio, mientras se practicaba la exhumacion por los peritos médico-legistas.

El Juez Tapia, que actuaba en Tlalpam, hizo aprehender á Palma y á Gomez, quienes incomunicados y urgidos por el hábil interrogatorio á que fueron sometidos, confesaron su delito cuya corroboracion quedaba ya bajo el dominio del experticio médico legal. El resultado de él se encuentra en el siguiente dictámen extendido ante el Juzgado:

"Los que suscribimos, Peritos Médico-Legistas, certificamos: Que por órden del C. Juez de primera instancia del Partido de Tlalpam, nos trasladamos el dia 3 de este mes á las antiguas ruinas de la hacienda que se llamó *Xoco* y cuyo lugar es hoy conocido por el nombre de *Los paredones*, con el ob-

jeto de exhumar un cadáver. El lugar antes expresado está como á una legua al Sur de la ciudad de Tlalpam, y el sitio en que se nos indicó existia el cadáver, parece haber sido una de las piezas de dicha hacienda. Es un espacio cuadrilátero, rodeado de paredes que no sostienen techo ni aun restos de él, de manera que la parte superior está á descubierto. Los lados de este espacio miden de Norte á Sur cinco metros, cuarenta y siete centímetros, y de Oriente á Poniente, tres metros, treinta y dos centímetros. En la pared que está al Oriente existe una puerta que mide un metro, siete centímetros, y la pared Poniente está destruida en una extension de dos metros, sesenta y cinco centimetros, en la parte correspondiente al frente de la puerta, que hemos dicho tiene la pared Oriente. El pavimento es muy desigual y está formado por tierra floja, algo arenosa y húmeda.

Examinado el lugar en su conjunto, nos informó el C. Juez de Paz, quien con su Secretario estaba allí, del sitio en donde se sabia estaba enterrado el cadáver. Este correspondia al ángulo N. E. extendiéndose hácia el Oriente, en la misma direccion de la pared de ese lado, hallándose cerca de la base de esta última.

Teniendo en cuenta la clase de terreno y que, segun se nos dijo, el cuerpo no se habia encerrado en ninguna caja, sospechamos que, habiendo transcurrido ya cerca de un año de la inhumacion, segun tambien se nos dijo, lo más probable era que no encontrásemos partes blandas, sino solo el esqueleto. Por otra parte, como los datos que verbalmente se nos habian comunicado en el Juzgado de Tlalpam, eran: que la persona cuyo cadáver se iba á exhumar, habia sido inhumada estando viva, nos propusimos hacer todo lo posible á fin de no alterar la situacion de las distintas partes, aun en el caso de que solo existiese el esqueleto, pues de esa manera se podria fijar, con mayor ó menor exactitud, la posicion de la persona en el momento de la inhumacion; circunstancia muy digna de tenerse en consideracion, porque tal vez pudiese dar alguna luz que aclarara la cuestion, ó más bien, que viniese á confirmar los datos recogidos por ese Juzgado.

Así es que, consecuentes con nuestro propósito, y despues de haber puesto en práctica todos los medios que la ciencia recomienda para evitar los graves peligros que suelen tener esa clase de operaciones, mandamos abrir una fosa semi-circular, de cerca de cincuenta centímetros de ancho, por metro y medio de profundidad: esta fosa rodeaba todo el lado Poniente y Sur del sitio en que se nos dijo existia el cadáver; entonces, para completar nuestro plan, y no queriendo fiarnos de los mozos que habian hecho la excavacion, descendimos al interior de la misma, y personalmente fuimos desbastando por medio de cuchillos, haciéndolos obrar con suma suavidad y excesivo cuidado, el promontorio de tierra que debia contener el cadáver. Procediendo de esta manera, llegamos á descubrir, como á sesenta y cinco centímetros del piso, un hueso humano; en ese momento redoblamos nuestras precauciones para acabar de quitar la tierra, sin que ninguna de las partes del esqueleto cambiara de posicion. Concluido esto, quedó del todo á descubierto el esqueleto de un cuerpo humano, cuya parte inferior estaba dirigida al Norte y la superior al Sur, en la posicion siguiente: estaba acostado sobre el lado derecho; la cara vuelta completamente al lado izquierdo y algo hácia abajo, apoyando la parte izquierda del frontal sobre la parte superior de la cara anterior del húmero izquierdo, el cual estaba levantado. Aunque destruidos la mayor parte de los tejidos que unen las superficies articulares en el codo, existian sin embargo algunos filamentos, merced á los cuales, los huesos del antebrazo no se habian desviado de su posicion primitiva; el radio descansaba por su cara posterior sobre una parte del frontal y parietal derecho, y el cúbito estaba encima del radio al que cruzaba formando una X de ramas poco separadas; los huesos que forman el carpo, metacarpo y dedos de ese mismo lado, se hallaban desprendidos, pero la mayor parte de ellos tenian dirigida hácia arriba su cara palmar. Algunos de los cartílagos costales, de los que están en la parte média del tórax, habian resistido á la putrefaccion, y no habiéndose separado del esternon y de las costillas correspondientes, dichos huesos no habian cambiado su situacion. Un poco afuera, abajo y á la derecha del esternon, y casi paralelo á él estaba el húmero derecho; los huesos del antebrazo de este lado formaban un ángulo un poco agudo con el húmero; el radio descansaba por la cara posterior de su extremidad inferior, sobre la parte inferior del esternon, y el cúbito que le cruzaba formaba, como en el antebrazo izquierdo, una X, pero aquí las ramas estaban más separadas. En los huesos del carpo y metacarpo de esta mano no fué posible fijar una posicion determinada, pues se hallaban muy diseminados; no fué lo mismo con las falanges de la misma, sobre todo, las de los cuatro últimos dedos, en las cuales se pudo ver que las caras palmares estaban vueltas hácia arriba. Los fémures estaban en semiflexion sobre la parte en que debe haber existido el vientre; esta semiflexion era más acentuada en el fémur izquierdo, el cual descansaba sobre el derecho. Los huesos que forman las piernas, esto es, las tibias y peronés, presentaban tambien una semiflexion sobre los fému-

res. Respecto de los huesos que forman el tarso, metatarso y dedos de los piés, no nos fué posible marcar su verdadera posicion.

Estudiado el esqueleto en general, el cual, por las dimensiones de sus huesos correspondia á una persona de baja estatura, pasamos á examinar cada hueso en particular, con el objeto de ver si descubriamos en alguno señales de violencia, además para investigar el sexo y aunque fuera de una manera aproximada, su edad, procurando al mismo tiempo buscar algun objeto que pudiera servir para la identificacion de la persona. El cráneo, estrecho en su parte anterior, era un poco oblongado en la posterior, sus suturas estaban perfectamente manifiestas; al levantarlo, notamos que en sus partes superior y posterior existian aún algunos colgajos de cuero cabelludo, de los cuales pendia una masa negruzca impregnada de sustancias pútridas. Esta masa que estaba formada por unas trenzas, tierra y productos de la descomposicion cadavérica, fué separada para examinarla despues, continuando el estudio de los otros huesos. Todos eran finos, delgados, bien contorneados y sus prominencias poco salientes; en ninguno se notó huella alguna de traumatismo, estaban íntegros, encontrándose solo en la superficie de varios de ellos, pequeños restos de partes blandas ya muy alteradas, y algo de adipocira cadavérica. La mayor parte de los dientes estaban en buen estado. Los agujeros sub-pubianos tenian una forma triangular de ángulos romos, presentando su lado interno bastante desviado hácia abajo y afuera. Cerca de uno de los huesos iliacos, encontramos unos fragmentos de lienzo sumamente alterados por los líquidos de la descomposicion pútrida de que se hallaban embebidos. Estos fragmentos fueron tambien separados para sujetarlos á un exámen.

Resumiendo y procurando, al mismo tiempo, valorizar lo antes expuesto, tenemos:

1º Que un cuerpo fué inhumado en condiciones muy favorables para el desarrollo de la putrefaccion, tales son: la clase de terreno, la poca profundidad á que se encontró el esqueleto, y por último, el hecho de no estar encerrado en ninguna caja; de manera que por estos motivos la destruccion de las vísceras y demás partes blandas, tuvo que ser muy rápida.

2º La posicion del esqueleto es demasiado interesante, pues parece demostrar que la persona á que perteneció, estando acostada sobre el costado derecho, habia vuelto la cara al lado contrario, esto es, á la izquierda, como tratando de ocultarla ó protegerla con el miembro superior de este último lado, teniendo el brazo levantado, el antebrazo sobre la cabeza y la mano con la cara palmar dirigida hácia arriba. La postura del miembro superior derecho, aunque menos marcada, parece sin embargo estar en armonía con la del lado izquierdo, pues que el antebrazo se hallaba en pronacion sobre el pecho, como resguardándolo.

3º La presencia de las trenzas adheridas á la pared posterior del cráneo, la forma y volúmen de los huesos, lo poco marcado de sus prominencias, y por último, la figura triangular que tenian los agujeros sub-pubianos, nos indican que el esqueleto pertenecia á una mujer.

4º El estado de los dientes y el de las suturas de los huesos del cráneo, así como las dimensiones de los huesos, demuestran que era un adulto.

5º El que los huesos no presenten ninguna huella de traumatismo, no prueba que la persona á quien pertenecieron no haya podido tener una ó más heridas, pues muy bien pueden haber existido éstas y aun haber producido la muerte, sin que el instrumento vulnerante chocase contra algun hueso y por consiguiente sin dejar ningun vestigio en el esqueleto.

Las trenzas y los fragmentos de lienzo se lavaron perfectamente con agua destilada y despues con unas soluciones de ácidos acético y fénico, hasta conseguir desimpregnarlas de las sustancias pútridas. Las trenzas son de pelo castaño y miden: una, cuarenta y nueve centímetros y la otra, cuarenta y dos. Los fragmentos de lienzo están muy alterados, parecen ser de manta, excepto uno que debe haber sido una parte del ceñidor ó faja.

De todo lo expuesto podemos deducir las siguientes *conclusiones:*

1ª El esqueleto exhumado pertenece á una mujer adulta.

2ª Habiendo desaparecido ya las vísceras y demás partes blandas, y no presentando los huesos huella alguna de traumatismo ni de otra alteracion, no podemos decir cuál haya sido la causa que determinó la muerte.

3ª La posicion que presentaba el esqueleto es *muy sospechosa,* pues no es esa la postura que tienen generalmente los cadáveres al ser inhumados. Dicha posicion pertenece, ó más bien, corresponde mucho mejor á una persona que hallándose acostada, trata de evitar algo que va á caer sobre ella.

Remitimos á ese Juzgado las dos trenzas y los fragmentos de lienzo de que hemos hecho mencion.

México, veintidos de Marzo de mil ochocientos ochenta y cinco.—*G. Silva.*—*A. Salinas y Carbó.*"

***

Honda fué la impresion que causó la lectura del anterior dictámen en el ánimo de los individuos que formaban el Jurado calificador. Para hacer com-

prender mejor la posicion del cuerpo de la víctima, se hizo colocar á un individuo en la posicion descrita. No fué necesario más; el Jurado se retiró á deliberar y su veredicto fué la culpabilidad de Gomez y Palma por el crímen de homicidio con premeditacion, alevosía y ventaja.

REVISTA EXTRANJERA.

FISIOLOGIA.

LA MUERTE POR LAS CORRIENTES ELÉCTRICAS.—Cuando un individuo toca accidentalmente un conductor cargado de alto potencial, recibe un violento choque que á menudo produce la muerte. Sin embargo, en muchos casos, la muerte solo es aparente, y se puede, por ciertos artificios, volver á la vida á la persona que sufrió el choque. Las circunstancías en las que se producen los accidentes de esta naturaleza y en los cuales se puede operar la resurreccion, han sido últimamente objeto de una larga discusion en América y de ello nos proponemos dar ahora un resúmen sucinto.

Examinemos primeramente las diferentes circunstancias en las que una descarga eléctrica puede ocasionar la muerte:

1º Si la cabeza de un individuo toca un conductor de alto potencial, la muerte es cierta, porque la descarga se hace al través de todos los nervios y los órganos vitales del individuo;

2º Si el contacto se produce en una mano ó en un hombro, el efecto será menos grave, á no ser que el individuo repose sobre el pié opuesto á la mano que ha tocado el conductor, porque en este caso la descarga pasa por el corazon y los músculos del abdómen;

3º Si la descarga se verifica al través de ambos brazos será fatal, puesto que atraviesa el corazon.

En resúmen, toda vez que una descarga atraviese uno de los órganos principales del cuerpo, la muerte es inevitable. No obstante, se puede volver á la vida á una persona fulminada, sobre todo si el accidente fuere producido por corrientes alternativas. El profesor E. J. Houston, en una nota publicada en los *Proseedings Amer. Philos. Society*, explica este hecho diciendo que las corrientes alternativas no producen mas que una simple sucudida, de tal suerte que la sangre y los tejidos no se modifican en su naturaleza. Las corrientes continuas al contrario, producen una fuerte contraccion que conduce al individuo fulminado á un estado de completa postracion, y además, producen la electrolisis de la sangre y los tejidos y hacen imposible toda resurreccion.

Esta explicacion, por plausible que parezca, está lejos de ser aceptada por todo el mundo. En efecto, el Dr. Roberto Amory, por una parte, y el Sr. R. M. Haunter, por otra, se apoyan en el aspecto *post mortem* de los individuos fulminados y atribuyen la muerte más bien á una simple asfixia que á una accion físico-química. Hé aquí cómo la explican:

Cuando una corriente intensa pasa al través del cuerpo, obra sobre los nervios que á su vez producen una violenta é instantánea contraccion de los músculos; al mismo tiempo, los nervios se paralizan y los músculos se relajan poco á poco, pero no pueden ya volver á funcionar. La muerte es causada primitivamente por una postracion completa del sistema nervioso que obra sobre el cerebro, y esta postracion súbita es seguida de la asfixia que resulta de la inactividad de los músculos.

No pueden los músculos obrar sin el auxilio de los nervios, y, cuando están paralizados é inertes, la circulacion cesa con los movimientos del corazon; de aquí la muerte permanente, es decir, sin resurreccion posible. El Dr. Amory supone que cuando la muerte solo es aparente, se puede volver á la vida á las personas fulminadas, por una respiracion forzada como en caso de una simple asfixia. El Sr. Haunter, al contrario, admite que los nervios están paralizados completamente; no pueden pues trasmitir sus funciones á los músculos que producen las contracciones cardiacas; el hecho de una accion forzada del diafragma por una manipulacion hábil no tiene más resultado que el hacer entrar aire en los pulmones y oxidar la sangre en los vasos capilares; pero las corrientes producidas por esta combustion lenta, no pueden obrar sobre el sistema nervioso del corazon: la resurreccion es pues imposible.

Hé aquí el estado actual de la discusion; mas no ha terminado porque los Sres. Houston, Amory y Haunter se han propuesto ejecutar, cada uno por su parte, experimentos (no sobre hombres se entiende, sino sobre animales), y dar á conocer sus resultados dentro de muy poco tiempo. Sin embargo, no hemos querido esperar á más para dar á conocer á nuestros lectores el estado de esta cuestion, á fin de animarlos á hacer por su parte algunas investigaciones para volver á la vida á los desgraciados fulminados. No tenemos necesidad de insistir acerca del interes que habria en obtener buenos resultados en estas investigaciones: seria reducir á la nada una de las objeciones, y de las más sérias, que no dejan de invocar los enemigos de la energía eléctrica.—*(L'Electricien.* 28 Juillet 1888).

Mucho nos ha llamado la atencion el siguiente párrafo tomado de *La Revue Scientifique* por las ideas *abstractas é inconcebibles* que expresa, y nos hubiéramos ciertamente abstenido de transcribirlo, á no

ser por la seriedad y verdadero valor científico de dicha publicacion.

OBSERVACION DE UN FUMADOR DE HASCHISCH.—El Dr. A. M. Fielde, de Swatow, en China, comunica á la *Therapeutic Gazette* de 16 de Julio, la nota de sus experiencias como fumador de haschisch. En 1868, el autor vivia en Siam, y, viendo que el uso de la droga era muy comun allí, se decidió á ensayarlo á su vez. Fumó, pues, las flores del *cannabis indica* en una pipa, y á pesar de la acritud de los vapores producidos, siguió fumando hasta sentir un gran bienestar. Entonces dejó la pipa, y al cabo de algunos minutos, sintió que se duplicaba su personalidad. Tuvo conciencia de su situacion hasta las diez de la noche en que se acostó en una hamaca. Su segunda personalidad estaba en un vasto edificio hecho de oro y pedrería, iluminado con una luz brillante, y que sin embargo, no heria vivamente la vista: el conjunto tenia una belleza que superaba á lo que puede concebir la imaginacion. Sentia un placer infinito, y de súbito, se creyó trasportado hasta el cielo. De repente, la duplicacion cesó para continuar despues de algunos minutos. El hombre real, fué atacado de espasmos musculares en todo el cuerpo y notó que eran del mismo ritmo que los graznidos de los patos que aleteaban abajo de la ventana. La otra personalidad era entonces un instrumento maravilloso que producia, con un ritmo soberbio y con sonidos de un timbre desconocido, una música extraordinaria. Despues le vino sueño, y todo terminó.

Quince dias más tarde, repitió el experimento. En esta vez, el despertar y el dormir, alternaron con tal rapidez y con tanta frecuencia, que parecian confundirse. La segunda personalidad se sentia ser un mar fresco y jugueton bajo las caricias del viento; despues, un continente, creia vivir en cada tallo de yerba, y sentia su crecimiento con arrobadora alegría. A continuacion se durmió.

Al cabo de un mes, el autor volvió á experimentar. Fumó una dósis doble, sentado á la mesa y con un lápiz en la mano para notar sus impresiones. En esta vez perdió la nocion del tiempo de un modo increible. Se levantó para ír á cerrar una puerta y le pareció que este acto duró millones de años; fué á tranquilizar á un perro que ladraba, y creyó que edades sin cuento habian transcurrido. Sin embargo, el espacio guarda para él sus dimensiones normales. Experimenta una agitacion tumultuosa de los pensamientos: se le presentan de tal manera numerosos, que podria llenar con ellos, libros sin fin. Comprende todos los fenómenos del hipnotismo, de la doble vista, etc. No es *uno*, ó *dos*, es *muchos contemporáneos* que viven en diversos lugares y con ocupaciones diferentes. No puede escribir la idea de una palabra, porque inmediatamente es sustituida por otra, y sus pensamientos se siguen con una rapidez prodigiosa: las pocas palabras que ha podido escribir, nada significan.

El autor ha suspendido sus estudios, en razon de los inconvenientes que habria habido en continuarlos.—*(Revue Scientifique,* 18 Août, 1888).

PATOLOGIA INTERNA.

ETIOLOGÍA DEL CÁNCER.—En una carta circular dirigida al "Registro General de Estadística" sobre "El desarrollo del Cáncer en Inglaterra, y su causa," el Dr. John Francis Churchill estableció un paralelo entre el crecimiento de esta enfermedad desde 1855 y el decrecimiento simultáneo de la Tuberculósis.

El siguiente cuadro muestra los resultados relativos obtenidos:

Años.	Poblacion.	Total de muertes.	Muertos de Tisis	Proporcion de Poblacion.	Muertos de Cáncer	Proporcion de poblacion.
1855	18.829,000	426,646	53,135	1 en 354	6,119	1 en 3,075
1856	19.042,412	390,506	48,950	1 ,, 389	5,859	1 ,, 3,250
1857	19.256,516	428,731	50,106	1 ,, 382	6,257	1 ,, 3,077
1860	19.902,713	422,721	51,024	1 ,, 390	6,827	1 ,, 2,915
1861	20.119,314	435,114	51,931	1 ,, 387	7,276	1 ,, 2,765
1865	21.145,151	490,909	53,734	1 ,, 393	7,922	1 ,, 2,670
1870	22.501,316	515,329	54,231	1 ,, 414	9,530	1 ,, 2,361
1875	24.045,385	546,453	52,943	1 ,, 454	11,336	1 ,, 2,121
1880	25.714,288	528,624	48,201	1 ,, 533	13,210	1 ,, 1,946
1885	27.499,041	522,175	48,195	1 ,, 570	15,560	1 ,, 1,767

De acuerdo con estos datos, encontramos que el decrecimiento relativo de la Tuberculósis y el aumento del cáncer, es como sigue:

	De 1855 á 1865	De 1865 á 1875	De 1875 á 1885	Tanto por ciento en 30 años, con relacion al número total de muertes.
Decrecimiento de la tísis.	11 p %	15,5 p %	25,5 p %	61 p %
Crecimiento del cáncer.	15 p %	20,6 p %	20 p %	74 p %

Los hechos incorporados en esta estadística son interpretados por el Dr. Churchill como un principio fundado en la creencia que el cáncer y el tubérculo son antagonistas.

Empíricamente puede llegarse á este concepto revisando las séries de casos registrados, conforme las cuales aparece que rara vez el tubérculo se desarrolla en los individuos afectados del cáncer y que en muy pocos cancerosos hay antecedentes tuberculosos hereditarios.

Sin embargo, el Dr. Churchill entra en consideraciones más profundas respecto de este asunto.

En la primera parte de su folleto, se ocupa de dar una extensa explicacion de sus ideas acerca de la etiología de la tísis, considerándola como la falta de la cantidad necesaria de fosfuros oxidables en el cuerpo. Esta teoría, cuya invencion reclama, fué el orígen del tratamiento, hoy universalmente popular, de la tísis por los hipofosfitos, llegando hasta asentar que esta medicacion ha sido el principal agente de la diminucion de esta enfermedad,

Hoy, el Dr. Churchill establece que el cáncer es debido á un exceso de fósforo en la economía. Siguiendo esta teoría, infiere que ocurriendo el crecimiento del cáncer conjuntamente con el decrecimiento de la tísis, debe atribuirse dicho crecimiento al uso inmoderado de los hipofosfitos y á las preparaciones inconvenientes que se venden en todos los países.

Como apoyo á su teoría sobre la etiología del cáncer, el autor cita una obra suya titulada "La Phtisie" en la que llama la atencion sobre la aparicion del cáncer desde que se ha asemejado el fósforo á la sustancia cerebral. Establece tambien que los análisis hechos de la materia cancerosa declaran gran cantidad de fósforo. Menciona además este hecho: que los animales en cuya alimentacion entra una cantidad pequeña de elementos fosforados, frecuentemente se tuberculizan, pero nunca se afectan de cáncer, en tanto que sucede justamente lo contrario á los animales carnívoros.

Esta teoría explica la frecuencia de la tuberculósis en la primera edad de la vida y su rareza relativa en la edad adulta. En efecto, dice, en la niñez la actividad de consumo de los elementos fosforados es necesaria para favorecer el crecimiento de las celdillas (y en particular del esqueleto); en la juventud la demanda es tambien grande para reparar los tejidos y suministrar materiales para el desarrollo del cuerpo.

De aquí que la provision puede agotarse más fácilmente cuando la tísis comienza, y á su vez ésta puede comenzar cuando la provision se agota. En la vejez ó en la edad madura, la demanda no es ya considerable, el cáncer puede aparecer.

Cita las estadísticas siguientes:

	Personas de edad de 20 años.	Personas de edad de 45 años.
Muertos por cáncer, de 1871 á 1880.	28 por 1.000,000 de habitantes.	1,263 por 1.000,000 de habitantes.
Muertos por tuberculósis.	3117 por 1.000,000 de habitantes.	3,132 por 1.000,000 de habitantes.
	Personas de edad de 65 años.	Personas de 75 años ó más.
Muertos por cáncer, de 1871 á 1880.	3116 por 1.000,000 de habitantes.	3,333 por 1.000,000 de habitantes.
Muertos por tuberculósis.	1476 por 1.000,000 de habitantes.	492 por 1.000,000 de habitantes.

El Dr. Churchill señala además el hecho que la tuberculósis se desarrolla en individuos cuyo sistema orgánico está sujeto á grandes pérdidas, mientras que el cáncer ataca generalmente á individuos, aparentemente, de gran vigor.

Añade además:

La presencia del elemento fosforado es la condicion característica de la integridad de los tejidos y consecuentemente de su crecimiento; una gran cantidad de esta sustancia en los tejidos cancerosos los compele á crecer é invadir los tejidos circunvecinos.

Bajo este punto de vista, el Dr. Churchill critica el abuso de los hipofosfitos y habla de los males que puede acarrear su uso inmoderado.—*(Med. Register).*

PATOLOGIA EXTERNA.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS ABSCESOS CEREBRALES CONSECUTIVOS Á LAS AFECCIONES DE LA OREJA.—*(Bride y Muller).*—Por regla general, la otitis media crónica, da orígen á estos abscesos, y por excepcion, á una inflamacion aguda de la cavidad timpánica. Los síntomas más notables de esta complicacion son: una exageracion del dolor en la oreja y una cefalalgia intensa. Pueden ser seguidos de contracturas, vómitos cerebrales, elevacion de la temperatura. Raras veces se observa una paralisis localizada, salvo del facial; sin embargo, el Sr. Bride ha visto una paralisis del tercer par.

La trombosis de los senos cerebrales, se acompaña tambien de cefalalgia; pero tiene además, los síntomas propios de la piohemia: fiebre remitente, produccion de abscesos metastáticos en otras regiones, sudores profusos, etc.

En 1851, Toynbée estableció los principios siguientes:

Las afecciones de la oreja externa y de las celdillas mastoides, se complican de accidentes del seno lateral y del cerebro.

Las afecciones de la cavidad timpánica dan márgen á complicaciones cerebrales.

Las afecciones del vestíbulo y del caracol, producen lesiones de la médula alargada.

Estas leyes no son admitidas por los autores modernos, y, en efecto, no tienen nada de absoluto, como lo prueban numerosas estadísticas. El exámen directo de la oreja podrá, no obstante, contribuir á la formacion del diagnóstico.

Cuando se haya hecho el diagnóstico de absceso cerebral, habrá que operar lo más pronto posible, con la condicion de que nada haga presumir la existencia de una flebitis concomitante. Se escogerá para operar, el punto situado al lado y frente del meato huesoso.—*(Edinburgh Med. Journal).*

GINECOLOGIA.

PATOLOGIA Y TRATAMIENTO DE LA ENDOMETRITIS NO PUERPERAL.—*Por el Dr. J. Heitzmann, de Viena.*—

Las enfermedades del *endometrium* son muy comunes y diversas. Sobrevienen en su mayor parte, á consecuencia de las numerosas modificaciones que sufre la mucosa uterina durante la vida sexual de la mujer; pero si se hace abstraccion de las que tienen por orígen los neoplasmas, así como las enfermedades del *puerperio*, fuerza es confesar que, las afecciones flegmásicas del *endometrium*, no han sido hasta aquí el objeto de un estudio detallado.

Y sin embargo, se les ve sobrevenir durante todas las épocas de la vida, y con mayor frecuencia durante el periodo de fecundidad de la mujer. Algunas son más especiales á la menopausa.

Es necesario, de todo punto, una verdadera clasificacion, vista la diversidad clínica con que se nos presentan.

Ruge, ha basado una clasificacion sobre los caractéres histológicos, pero nunca podrá servirnos en la práctica. Los verdaderos elementos fundamentales de una clasificacion, que podamos utilizar con ventaja, son: *Secrecion, hemorragia, dolor.*

La secrecion varia segun el grado y sitio de la enfermedad. La sonda uterina constituye un buen elemento de exploracion, porque, con ella podemos apreciar en qué extension y á qué grado la mucosa está enferma.

En las *hemorragias* es necesario distinguir *las típicas y las atípicas.* Una de las formas más comunes, consiste en el escurrimiento, durante la época intercalar, de un moco sanguinolento. La mucosa sangra fácilmente al contacto de la sonda uterina, y de este signo podemos sacar, hasta cierto punto, un medio para apreciar el grado de la enfermedad. Los dolores aparecen, ó en el momento de las reglas bajo la forma de accidente disminorreico, ó un poco antes. Fuera de estas épocas, indican la participacion en el proceso patológico del ovario ó el *perimetrium.*

Si se toman por base de clasificacion los caractéres clínicos esenciales, es necesario distinguir tres variedades de endometritis, caracterizadas: a) *por la abundancia de la secrecion; b) por la abundancia de las hemorragias; c) por la predominancia de los accidentes dismenorreicos, ó mejor dicho, por los dolores.*

Por lo que concierne á los cambios anatómicos, se encuentran en la primera série: la endometritis catarral (catarro y blenorrea); en la segunda, las formas hipertróficas, la endometritis hipertrófica difusa, papilomatosa, fungosa y poliposa; en fin, en el tercer grupo, la endometritis dismenorreica, exfoliativa y disecante.

El Catarro, en particular la forma crónica, es de tal manera frecuente, que es muy raro encontrar alguna mujer de edad avanzada que no haya estado afectada. Puédense estudiar de una manera casi precisa las modificaciones que produce sobre las partes ectopiadas. En los casos de estrechez del orificio, la tumefaccion de los tejidos llega al ectropion inflamatorio. Primitivamente solo es atacada la mucosa del cuello; el resto de ella se afecta más tarde.

La blenorrea, consecuencia de la infeccion, se propaga, habitualmente, de la vagina al *endometrium.*

Está demostrado que la blenorragia del hombre, que queda latente durante varios años, es con frecuencia el punto de partida de la contaminacion primitiva del cuello; porque se han encontrado gonococus, aunque raros, en la secrecion catarral.

La curacion espontánea no viene nunca por sí sola, sino por el contrario, la enfermedad se propaga cada dia más y más, ya sea por los linfáticos que nacen de las erosiones de la vagina, ó ya sea por continuidad de los tejidos á través de las trompas.

LA FORMA HIPERTRÓFICA DIFUSA.—La endometritis hemorrágica interesa igualmente toda la mucosa: la secrecion es escasa, pero en cambio las hemorragias son frecuentes, ora bajo la forma de verdaderas menorragias, ora bajo la forma de metrorragias. La mucosa está aumentada de volúmen cerca de medio á un centímetro y llena la cavidad uterina como si fuera una esponja.

El *endometrium* ofrece el prototipo de estas modificaciones anatómicas, poco despues de un aborto que se ha verificado regularmente. Tambien, con frecuencia en los casos de fibromas ó bien á causa de enfermedades infecciosas agudas, la mucosa presenta, de una manera constante, los caractéres morfológicos que adquiere al principio de la menstruacion.

El hecho dominante en esta variedad de endometritis es la frecuencia de celdillas calciformes en los productos de secrecion; en general, la afeccion entra en el grupo de las endometritis *intersticiales.* Lo que Schröder ha descrito bajo el nombre de *adenoma difuso*, no es sino una variedad de éstas.

La endometritis *papilar* (vellosa) termina por proliferaciones parciales de la mucosa uterina, sobre todo, hácia el fondo de la matriz. Estas excrecencias corresponden á una hipertrofia simple de la mucosa con degeneracion de los elementos glandulares. Slavjanski ha dado una descripcion exacta de esta variedad de endometritis. La mucosa despojada de su epitelio, está compuesta de dos capas que, en realidad, se confunden en una sola; la interna está formada exclusivamente de tejido conectivo embrionario y de glándulas incompletamente desarrolladas: constituye el *substratum* de las vegetaciones poliposas. Esta variedad de endometritis, independiente del parto (aborto), se observa tambien á causa de un catarro crónico en mujeres vírgenes. La endometritis de excrecencias polipoides de la mucosa,

descrita por Kustner, lo mismo que la de proliferaciones de la mucosa atacada de un proceso gonorreico crónico, señalada por Noggerath, entran, en parte, en esta categoría.

LA ENDOMETRITIS FUNGOSA.—*(Récamier, Olshausen).*—Se distingue por las hemorragias que pueden prolongarse por meses y aún por años enteros. Despues de la dilatacion, el dedo explorador encuentra, al nivel del fondo de la matriz, que la mucosa está gruesa y reblandecida, al grado que fácilmente se puede deprimir; no se sienten producciones polipoides; las excrecencias son muy suaves; el espesor de la mucosa varia de dos á cinco milímetros, su superficie es lisa; el epitelium es normal, los orificios abiertos, los vasos en estado de ectasia; en el intervalo existe una infiltracion celular. La etiología de esta afeccion, particularmente en sus relaciones con la menopausa, es desconocida.

(Continuará).

FORMULARIO.

POCION DIURÉTICA. *(Billroth).*

	grams.
Acetato de potasa	5
Nitrato de potasa	5
Agua destilada	200
Jarabe de frambuesa	20

Para los reumatismos articulares.

INYECCIONES CONTRA LA LEUCORREA FÉTIDA.

	grams.
Clorato de potasa	12
Vino de opio	10
Agua de alquitrán	300

Disuélvase.—Tres cucharadas en 250 gramos de agua tibia, para inyeccion á mañana y tarde, en la lencorrea fétida.

O tambien:

	grams.
Salicilato de sosa	20
Acido salicílico	1
Tint. de eucaliptus	45
Vino ó vinagre blanco	300

Disuélvase.—Una ó dos cucharadas de esta solucion en 250 gramos de agua caliente para inyecciones que se aplican lo mismo que las anteriores.—*(Union médicale).*

TRATAMIENTO DE LA CONSTIPACION. *(Dr. Huchard).*

	grams.
Magnesia inglesa	25
Crema de tártaro	13
Bicarbonato de sosa	2
Oleo-sacururo de anis	1

Divídase en 40 papeles. Uno antes de cada comida.—*(Les Nouveaux Remèdes).*

EL QUEBRACHO PARA LA DISPNEA.—Ellis aconseja la siguiente fórmula:

Jarabe de prunus	â â 30 gramos.
Jarabe de tolú	
Extr. fluido de quebracho	
Agua de laurel cerezo	5 grams.
Sulfato de morfina	3 centig.

M. y S.—Una cucharada cafetera, y si fuere necesario, repítase.—*(Medical Register).*

NOTICIAS VARIAS.

CONVOCATORIA.

La Academia Nacional de Medicina de México abre un concurso para resolver las cuestiones siguientes:

PRIMERA.—Cuáles son las enfermedades endémicas que se observan en la República Mexicana, precisando sus circunstancias principales.

SEGUNDA.—Estudiar la reglamentacion actual de la prostitucion en México, señalar sus ventajas é inconvenientes, é indicar las reformas que seria útil introducir.

La primera cuestion tendrá un premio de ($500) quinientos pesos, y la segunda de ($200) doscientos pesos, sometiéndose en ambos casos á las bases siguientes:

1ª Las Memorias relativas á la primera cuestion, deberán remitirse á la Secretaría de la Academia, antes del 1º de Octubre de 1889, y las que se refieran á la segunda antes del 1º de Julio del mismo año, escritas en español, sin firma y acompañadas de un pliego cerrado que contenga el nombre del autor y en cuya cubierta se vea repetido el lema ó contraseña que encabece la Memoria ú otra indicacion de su correspondencia.

2ª Serán admitidos todos los trabajos que se presenten conducentes al objeto, y solo se tendrán por no presentados los que se hallen en el caso previsto por la base 6ª

3ª Los datos en que se apoye el autor deberán ser originales, pudiendo utilizarse los extraños y siendo ambos debidamente apreciados y rigurosamente comprobados.

4ª En la primera sesion ordinaria del mes de Octubre de 1889, dará cuenta el Secretario de las Memorias que hubiere recibido acerca de la primera cuestion, haciendo lo mismo respecto de las de la segunda, en la primera sesion del mes de Junio del año mencionado, y en el acto procederá la Academia á nombrar por escrutinio secreto y á pluralidad absoluta de votos, de entre sus miembros, cinco propietarios que formarán el Jurado de calificacion, y dos suplentes para integrarlo en caso necesario.

El Secretario entregará al Jurado todas las Memorias numeradas en el órden de su presentacion, reservando en su poder los pliegos cerrados. Cualquiera excusa para pertenecer al Jurado se tendrá, sin discusion alguna, por suficiente, para hacer en el acto otra eleccion, ó despues para llamar al suplente respectivo.

5ª Ocho dias despues de haber sido nombrado el Jurado calificador, fijará el tiempo que necesite para presentar su dictámen. Espirado este plazo, analizará las Memorias presentadas, y fundado en ese análisis señalará la que á su juicio merezca el premio, si debe dividirse, en qué proporcion, ó declarará que ninguna es acreedora á él. Si el Jurado cree que el autor de alguna de las Memorias es digno de recompensa á título de estímulo, aun cuando no haya resuelto la cuestion, podrá proponerlo á la Academia para que ésta resuelva lo conveniente.

6ª Ni en la votacion de este dictámen, que será en escrutinio secreto, y por mayoría absoluta de los votos de los socios presentes, ni en la formacion del Jurado, podrán tomar parte los autores de las Memorias, sin incurrir por este solo hecho en la pena que establece la base 2ª

7ª Designada la Memoria que obtenga el premio ó recompensa, se abrirá el pliego cerrado que le corresponda, para proclamar al autor, reservando en secreto los pliegos restantes sin abrirse, mientras los autores no indiquen lo contrario.

8ª Todas las Memorias que se presenten al concurso, sean ó no premiadas, pasarán á ser propiedad de la Academia, la cual podrá publicarlas, si lo cree conveniente, con el nombre del autor si éste lo desea, ó sin él. Los pliegos cerrados de Memorias no premiadas ó no recompensadas se inutilizarán al cabo de seis meses. Estas Memorias podrán publicarse, debiendo el Jurado indicarlo á la Academia en su dictámen, si lo creyere conveniente.

9ª La Academia expensará el gasto que ocasione el sobretiro de trescientos ejemplares de la Memoria *premiada*, los cuales quedarán á beneficio del autor.

México Agosto 15 de 1888.—*J. M. Bandera*, presidente.—*M. Cordero*, primer secretario.

NOS COMPLACEMOS en anunciar á nuestros lectores que de hoy en adelante dedicaremos una Seccion de nuestro periódico á la insercion de los dictámenes más notables bajo el punto de vista médico-legal, que hayan sido presentados por el Cuerpo médico-legista de esta capital, juzgando que su conocimiento puede ser altamente útil é instructivo.

LA CREOLINA.

Los periódicos alemanes de farmacia, hablan con cierto entusiasmo de una sustancia, la Creolina, últimamente introducida á la terapéutica. Ha sido importada de Inglaterra y experimentada en los hospitales de Berlin y de Viena. El Dr. Neudorfer, médico general austriaco, dice, en una nota sobre esta sustancia: "La Creolina, por lo que se puede prever, será soberana en la cirugía antiséptica."

Hasta hoy no se conoce positivamente la preparacion de la Creolina, porque el espíritu de especulacion obliga á los fabricantes á guardar secreto; conforme la opinion de algunos químicos, *es un producto obtenido por la destilacion del carbon fósil inglés.* Otros, como Fischer, Gerlach y Biel, piensan que es una mezcla de jabon y ácido fénico.

El químico A. Galvalowski, ha publicado hace algunos dias un trabajo sobre esta sustancia, y la describe como sigue: un líquido denso, oscuro, de color granate, de sabor aromático, acre, persistente, algo semejante al del vino y despues al de la lejía. Al contacto del aliento, desprende un olor de brea purificada. Su reaccion es neutra; su peso específico es de 1,066. Produce una solucion límpida en el alcohol absoluto, en los éteres etílico y acético, en el cloroformo. Con el sulfuro de carbon se emulsiona y se separa una capa de alquitrán; sucede otro tanto con el agua acidulada y con la glicerina.

Por el análisis que el autor ha hecho de esta sustancia, concluye que es una mezcla de fenato de sosa, un licor sódico y potásico creosotado, un jabon resinoso (probablemente guaïacol) y de un jabon graso mezclado á productos de destilacion del alquitrán.

La Creolina se emplea en cirugía como desinfectante y antiséptico. Al interior en píldoras ó cápsulas gelatinosas; reemplaza á la creosota en las enfermedades de los órganos respiratorios, Al exterior, la dósis en solucion acuosa es de 1 ó 2 por ciento. Al interior, es muy variable; se ha observado que la Creolina es absolutamente inofensiva; se ha hecho ingerir á conejos que han soportado hasta 50 gramos. En las otitis, se inyecta en la oreja á la dósis de 20 gotas en un litro de agua tibia; para los eczemas se emplea la pomada siguiente:

	grams.
Creolina.	2
Vaselina.	100

La Creolina no se une á la lanolina.

TIP. DE DUBLAN Y COMP.

VOL. I. México, Septiembre 1º de 1888. NUM. 13

REVISTA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO BIMENSUAL DIRIGIDO POR EL DR. JOSE RAMOS.

SECCION EDITORIAL.

NOTA

SOBRE UN CASO DE CISTICERCO DEL CUERPO VITREO.

El dia 2 de Julio del corriente año se presentó en mi consulta particular, solicitando mis servicios médicos, el enfermo cuya historia voy á relatar brevemente, por tratarse de una afeccion ocular que no se observa con mucha frecuencia.

El paciente me dijo llamarse Ildefonso Huitron, ser natural de Temascaltzingo (Estado de México), de donde vino con el exclusivo objeto de curarse; me refirió que es casado, que tiene 30 años de edad, y que sin padecimientos previos, comenzó á sufrir del ojo izquierdo, hace algunos meses, sin que le fuera posible fijar con precision la época en que notó los primeros trastornos visuales; insistió mucho en cierto temblor que apareció en el ojo enfermo, y que era muy molesto; me aseguró que no se habia presentado hasta ahora desviacion sensible del globo ocular, y yo puedo afirmar por mi parte que cuando practiqué el exámen no habia ni vestigios de estrabismo. En la época en que apareció el temblor del globo ocular, la vista comenzó á enturbiarse, y al decir del enfermo, dicho enturbiamiento avanzó con rapidez, pues muy pronto, ya no podia servirse para nada del ojo afectado, y hacia exclusivamente uso del derecho, al trabajar en los quehaceres propios de su oficio, que es la sastrería. No habia hasta hoy dolores, enrojecimiento ni lagrimeo; los únicos síntomas han consistido en el movimiento involuntario de que he hecho mencion, y en la pérdida progresiva de la vista, en el ojo izquierdo, manteniéndose en perfecto estado el derecho.

Con estos datos, procedí al exámen funcional y luego al físico, y pude cerciorarme de lo siguiente: hay percepcion luminosa, así para luz natural como para la artificial de una bujía; la agudez visual es casi nula, pues colocado el paciente á cinco metros de distancia, no distingue ni los caractéres más grandes de la escala mural de Monoyer, cuya percepcion indica una agudez central de un décimo; percibe los dedos solo cuando están á corta distancia del ojo y en ciertas posiciones; esta ambliopía tan marcada hace que el paciente no pueda distinguir ninguno de los colores de las madejas de Holmgreen, ni de la escala portátil de Galezowski.

El exámen de la vision periférica demuestra que hay un vasto escotoma que comenzando en la parte central, ocupa una gran parte del campo superior; si se le hace fijar directamente hácia adelante, solo percibe el movimiento de la mano hácia abajo, muy imperfectamente hácia los lados, y nada absolutamente hácia arriba, como si hubiese un

amplio despegamiento inferior de la retina. Un exámen minucioso con el campímetro de Wecker, demuestra que la parte libre del campo visual está situada hácia abajo, que tiene una forma muy irregular y que representa á lo sumo una tercera parte del campo normal; así, la mayor parte de la vision periférica está abolida.

El exámen funcional del ojo derecho, da á conocer que este órgano es enteramente normal; la agudez visual igual á la unidad; no hay discromatopsía, ni alteracion en el campo periférico, siendo además dicho ojo perfectamente emétrope; el paciente se queja, no obstante, de moscas volantes que le molestan y le asustan bastante.

Los datos suministrados por el exámen físico á la simple vista, son nulos: no hay inyeccion conjuntival ni esclerotical; no existe secrecion morbosa de ninguna especie, y la pupila, cuyo diámetro es igual al de la pupila derecha, es contráctil bajo la influencia de las impresiones luminosas.

Habiendo recogido los datos de que hecho mencion, procedí al exámen oftalmoscópico, sin previa dilatacion de la pupila; el alumbrado oblícuo no me dió á conocer nada de particular; dirigiendo un haceciilo luminoso con el reflector cóncavo del oftalmoscopio de Follin, y haciendo ver al paciente en distintas direcciones, encontré que hácia la parte superior, el campo pupilar presentaba el color rojo que es tan característico en un ojo normal, mientras que en la parte inferior, la coloracion de dicho campo era de color gris sucio, semejante al de la piedra de chispa, como se observa en los casos de despegamiento de la retina; en la parte roja era posible distinguir algunas capas, que se desalojaban con los movimientos del ojo.

Coincidiendo el resultado de este exámen con los datos que me habia suministrado el estudio del campo periférico, no puse ya en duda que mi observado presentaba un despegamiento de la retina; como no habia miopía, causa tan comun de desprendimiento de dicha membrana, era indispensable averiguar la patogenia de dicho accidente, que debe considerarse como un síntoma y no como una entidad nosológica.

Interponiendo la lente convergente comun del oftalmoscopio, para examinar el fondo del ojo, su imágen invertida pudo darme cuenta, desde luego, de la causa del padecimiento; en efecto, además del despegamiento de la retina que se presentaba con sus caracteres ordinarios, y en una grande extension, observándose los vasos ondulosos como sucede en tales casos, se notaba hácia la parte inferior, y al parecer bastante lejos del cristalino, un cuerpo que por su aspecto y movimientos llamaba en alto grado la atencion. Era una masa globulosa, de color verde mar muy bello, de contornos perfectamente definidos y presentando los matices del iris, de un volúmen muy considerable, y dotado de movimientos propios é independientes de los del ojo; estos movimientos eran de dos clases: de traslacion, en virtud del cual, el cuerpo subia y bajaba lentamente á la vista del observador, sin pasar de ciertos límites, pues me fué imposible reconocer, así en este exámen como en los siguientes, la parte inferior del cuerpo que vengo describiendo; tal parecia que algun obstáculo le impedia desprenderse por completo, por lo cual nunca pude verle completamente aislado. El segundo género de movimiento, no era de desalojamiento como el anterior, y tenia por único resultado el cambio de forma del cuerpo globular que se alargaba más ó menos, hasta hacerse periforme. Se encontraba situado en la parte del campo pupilar ocupado por el despegamiento, y aun cuando mirase el ojo muy oblicuamente, no llegué á ver la extremidad inferior de su diámetro vertical. En algunos momentos ascendia el cuerpo descrito hasta la parte no despegada de la retina, y entonces parecia de un verde más intenso, probablemente por el contraste que hacia con el color rojo del fondo ocular. Las dos figuras del fondo del ojo que acompaño, representan esta última posicion; en la primera se ve el cuerpo globular, en forma de un eclipsoide incompleto, de eje mayor casi horizontal; en la segunda, que representa el fondo ocular visto muy oblicuamente, el cuerpo se ha alargado de tal modo, que su eje mayor ha llegado á ser casi vertical, tomando en su conjunto una figura periforme, y se ha elevado al mismo tiempo aproximándose á la papila. En esta última posicion, era fácil distinguir que la masa se componia de un continente y de un contenido, que aparecia en la parte más baja, bajo la forma de un cuerpe-

cillo blanquecino, visible solo en su porcion superior. Debo advertir que además de esto, la pupila se veia turbia, difusa, alargada verticalmente y atrofiada de una manera muy sensible.

En vista de todo lo observado, no puse ya en duda que se trataba de un cisticerco del cuerpo vítreo, que habia determinado el despegamiento de la retina, y que comenzaba á producir otras alteraciones, tales como la atrofia de la papila, la aparicion de capas flotantes, y aun ciertos accidentes simpáticos en el ojo derecho, que en esos momentos solo se traducian por la presencia de moscas volantes.

Dos dias despues tuve el gusto de presentar mi enfermo á los distinguidos miembros de la Academia de Medicina; despues de dilatarle la pupila por medio de la atropina, el exámen fué muy fácil y todos mis honorables consocios pudieron ver el fondo del ojo, reconociendo la existencia del parásito, y haciendo constar los caractéres que dejo indicados.

Como el ojo afectado comenzaba á presentar ciertos fenómenos sospechosos, tales como dolores, enrojecimiento peri-kerático, lagrimeo, síntomas que parecian indicar un principio de intolerancia para el parásito, y como por otra parte, las moscas volantes continuasen en el ojo derecho, creí que era indispensable intervenir lo más pronto posible; esto era, además, necesario vistas las circunstancias del enfermo, que habia abandonado su familia y sus negocios, sin más objeto que el de curarse; sus escasos recursos no le permitian permanecer mucho tiempo en México, y si se le dejaba partir en el mismo estado, era de temerse que los accidentes simpáticos pudieran comprometer sériamente el ojo no afectado, en una poblacion desprovista de elementos médicos. Habiendo expuesto estas consideraciones ante los honorables miembros de la Academia, les consulté su ilustrada opinion sobre la regla de conducta que debiera seguirse, y les manifesté al mismo tiempo con lealtad mi manera de ver. Yo creí que las tentativas de extraccion del cisticerco serian inútiles, á causa de su situacion bastante profunda; creí además que aun cuando se lograra conseguir el objeto, no se beneficiaria gran cosa la vision del ojo izquierdo, puesto que segun dejo dicho, se habian producido ya en dicho ojo, lesiones tan graves como el vasto despegamiento de la retina, y la atrofia incipiente de la papila del nervio óptico. Creí que mi opinion era fundada, por lo que tuve oportunidad de ver el año de 1886 en Paris, en la Clínica de mi distinguido maestro el Dr. Galezowski; habiéndose presentado en dicha clínica una enferma que llevaba un cisticerco en el ojo izquierdo, se trató de extraer el parásito, y no obstante la notoria habilidad del operador, las tentativas fueron infructuosas; no se pudo extraer el cisticerco y sobrevino una violenta panoftalmia que determinó la pérdida completa del ojo, haciendo sufrir demasiado á la paciente. En vista de tales razones, yo creí que lo más acertado era proceder á la enucleacion del ojo izquierdo de mi enfermo, pues este ojo no solo era inútil, sino nocivo; podia considerarse como una amenaza contínua para su congénere, que de un dia á otro, podia presentar terribles accidentes simpáticos; si el paciente hubiera podido permanecer bajo mi vigilancia, hubiera preferido observar algun tiempo é intervenir tan pronto como las circunstancias lo exigieran; pero las condiciones especiales en que mi cliente estaba colocado, no me daban tiempo para esto.

Despues de un exámen detenido del caso, y de una concienzuda discusion, se determinó que mi opinion era acertada, y que debia procederse á la enucleacion del ojo afectado.

Cuatro dias despues, practiqué la operacion siguiendo el proceder de Bonnet; me acompañó mi distinguido maestro el Sr. Dr. Bandera, y varios estudiantes de Medicina que en esos momentos se encontraban en el Hospital de San Andrés, en donde operé al paciente.

La operacion tuvo los mejores resultados; no se presentó el más ligero accidente, y unos cuantos dias despues el enfermo dejaba el hospital, habiéndole adaptado yo mismo su ojo artificial. Hace tres dias el enfermo vino de su pueblo y estuvo á saludarme en mi consulta; las moscas volantes han desaparecido por completo y la agudez visual se conserva igual á la unidad.

El exámen anatómico del ojo enucleado, demostró la exactitud de nuestro diagnóstico. El cisticerco encerrado en su bolsa, se encontraba situado en el segmento posterior del globo ocular y habia determinado un amplio

despegamiento de la retina. El Sr. Dr. M. Cordero, tan bien conocido por su laboriosidad y competencia, se encargó del exámen del parásito, y tuvo la bondad de remitirme la descripcion que voy á transcribir textualmente:

CARACTÉRES PRINCIPALES DEL TUMOR QUÍSTICO CONTENIDO EN EL CUERPO VÍTREO DEL ENFERMO.

1.° *Exámen anatómico.*

Forma ovoidea.

Volúmen. { Diámetro mayor, 7 milíms. / ,, menor, 5 ,,

Color. { El del tumor en conjunto blanco azuloso: en su interior hay un cuerpecito blanco mate.

Consistencia quística.

Densidad. { Mayor que la del agua; puesto en este líquido el tumor presenta siempre hácia abajo la parte correspondiente al pequeño cuerpo incluido.

Transparencia. { Solo es perfecta en el conjunto; el cuerpecito incluido es opaco.

Hecha que fué una incision con unas tijeras finas, dejó escurrir la mayor parte de su contenido que era líquido, de aspecto albuminoso, y una corta cantidad de un sedimento blanco. El tumor quedó reducido á una bolsa finísima que tenia adherida á una de sus paredes por la parte interior, un pequeño cuerpo ovoide, blanco mate, blando, de 2 milímetros por 1½ milímetro de diámetro.

Exámen histológico.

La bolsa presentó los caractéres del tejido conjuntivo laxo poco desarrollado y estaba sembrada en toda su extension de infinidad de granulaciones moleculares con el aspecto y las reacciones de las formadas por las sales calcáreas.

El cuerpecito contenido en la bolsa observado con el auxilio de una lente de corto aumento, presentaba en una parte de su superficie, cerca de la extremidad más aguzada, una pequeña saliente, periforme, sin otra particularidad; hecho el exámen con mayor poder amplificante en un medio adecuado (Suero de Kroneker) y sujeto á una gradual presion entre dos cristales, se hizo salir más la pequeña eminencia que parecia piramidal, con cuatro caras, su base hácia la parte adherente, y su cúspide hácia el punto opuesto. Tanto ésta como el total del cuerpo en observacion, parecian estar infiltradas de granulaciones calcareas que desaparecieron en su mayor parte despues de un tratamiento por el ácido acético, permitiendo notar con mayor claridad los siguientes detalles: cerca de la cúspide de la pirámide existian unas eminencias redondas (véase la figura núm. 4.) colocadas simétricamente en número de cuatro de los cuales dos se veian perfectamnnte por estar hacia la superficie, en forma de rodete presentando en su centro una abertura circular desde donde parten en todas direcciones una porcion de estrias que recorren del centro á la periferia, los bordes de estas eminencias: tienen todo el aspecto de ventosas. Entre ellas y la cúspide de la pirámide, se vieron claramente varios ganchos dispuestos la mayor parte con regularidad en doble série paralela á las tuberosidades. Cada uno de estos ganchos estudiados con un aumento más considerable, tenia (fig. 5) una forma de hoz con mango muy ancho, longitud de 150 á 200 milésimos de milímetro y aspecto muy semejante al de los que existen en el scolex del tenia solium. El resto del ovoide, además de las muchas granulaciones de sales de cal, presentaba dos partes: una central, que formaba la mayor parte, y una periférica con numerosos pliegues, teniendo el aspecto de una bolsa que envolvia casi por completo á la primera.

Por el conjunto de los detalles observados me permito creer que el cuerpecito ovoide incluido en el quiste, no era otra cosa que el embrion del *Tenia Solium* conservando aún el estado cístico."

Debo advertir que el ilustrado naturalista Sr. Dr. M. Villada, que vió al parásito con el microscopio, estuvo completamente de acuerdo en la clasificacion.

Tal es en pocas palabras la curiosa historia clínica que acabo de referir; espero que contribuirá á la formacion de la estadística de las afecciones oculares en México; la enfermedad parasitaria que me ha ocupado, es tan rara en nuestro país, que yo no tengo conocimiento sino de los siguientes hechos: Dos casos pertenecientes al distinguido oculista Sr. Dr. R. Vértiz, observados en el Hospital "Valdivielso." En el primero de estos casos, habia dos cisticercos en el cuerpo vítreo, los

cuales no fueron descubiertos sino despues de la inucleacion del ojo. En el otro caso, se trataba de un cisticerco único, y la enferma que lo llevaba fué perdida de vista, por no haber vuelto á la consulta. Mi sabio maestro el Sr. Dr. Carmona y Valle, observó otro cisticerco hace algunos años, y no volvió á saber del paciente. Por último, el inteligente Dr. A. Peñafiel, observó hace varios años un caso análogo en el Hospital Militar, sin que supiera la suerte ulterior del paciente. Por todo lo cual, bien puede asegurarse que el caso que acabo de describir, es el primero que en México se ha tenido, con diagnóstico previo y operacion consecutiva que haya venido á confirmar el diagnóstico.

Es importante hacer notar que ni el caso que he relatado, ni en el que ví en Paris, se presentara el parásito con la forma clásica que le asignan los autores, es decir, presentando una prolongacion ó cuello, unida al resto del cuerpo, por lo cual creo que este carácter no es indispensable para el diagnóstico; insisto, tambien, sobre el color verde mar que en el fondo del ojo ofrecia la bolsa quística, en los dos casos que he observado, y en su doble contorno irisado, fuera del cuerpo vítreo, la bolsa parecia más bien de un color blanco azulado. Las figuras que acompañan mi Memoria, dan idea de todo esto, hasta donde es posible; y si llamo la atencion sobre estos puntos, es por contribuir á la historia de una afeccion relativamente rara, cuyas descripciones difieren algo de lo que yo he observado.

Para concluir diré, que segun me refirió el enfermo, hacia uso frecuente de la carne de puerco, lo que sin duda habla mucho en favor de la etiología asignada al desarrollo de estos parásitos, de cuyo punto no me ocupo por estar extensamente tratado en los autores que se ocupan de la materia.

México, Septiembre de 1888.

DR. JOSE RAMOS.

BREVES CONSIDERACIONES
SOBRE EL
HEMATOCELE PERI-UTERINO.
(CONCLUYE).

Ahora bien, en medio de este *maremagnum* de teorías más ó menos fundadas é inaplicables, por lo general á todos los casos que se presentan en la práctica, ¿cuál debemos aceptar como la más racional y la más conforme con la clínica? A decir verdad, yo no encuentro ninguna que me deje satisfecho bajo este punto de vista, pues todas en general adolecen del grave inconveniente de que si son aplicables en algunos casos, no lo son en otros; pero con todo, procuraré analizarlas, aunque sea muy someramente. Desde luego, la teoría de Nélaton y Laugier, no es fundada bajo el punto de vista fisiológico, pues la vesícula de Graaf puede romperse sin que haya necesariamente escurrimiento de sangre. La de Trousseau y Puech, pica en el mismo sentido y no es admisible, porque supone una exageracion de la hemorragia mensual, que produce el derrame sanguíneo en el peritoneo; lo cual implica, que si el molimen menstrual se presenta exagerado, debe forzosamente producirse el hematocele. Esto, como se sabe, no se observa siempre en la práctica. Tampoco es posible aceptar la de Bernutz, *teoría del reflujo*, como la llama Aran, pues si es incontestable que la sangre puede pasar del útero á las trompas y caer en el peritoneo cuando existe un obstáculo en cualquiera parte del conducto vulvo-uterino, obstáculo que puede ser congénito ó accidental; no está demostrado que esto pueda tener lugar cuando la vía se encuentra libre, como sucede realmente en el mayor número de casos. Respecto de la teoría de Richet, podemos decir que, sin duda alguna, las mucosidades que presentan de distancia en distancia las venas varicosas, así como el adelgazamiento de sus paredes, favorecen la produccion de este accidente; pero desgraciadamente, estas condiciones no son siempre indispensables: un ejercicio forzado ó una violencia exterior de cualquier género, las excitaciones sexuales etc., pueden causar la enfermedad, y la hemorragia que sobreviene es más ó menos intensa segun el caso. La de la paquiperitonitis hemorrágica, supone un trabajo lento, inapreciable, insensible que no suministra ningun síntoma ni subjetivo ni objetivo, lo cual es inadmisible; y por otra parte, la anatomía patológica no nos da ninguna prueba en su apoyo. En fin, la teoría de Gallard, ó sea la del embarazo extra-uterino, rechazada por muchos autores, inadmisible realmente en algunos casos, pues supone sin prue-

ba ninguna, la produccion de la hemorragia por la simple caida del óvulo en la serosa, no deja de seducirme en el caso que dejo ya descrito. En efecto, consultemos los mejores autores y veamos cuál es el cuadro de síntomas del embarazo extra-uterino, con el fin de hacer un estudio comparativo.

Los síntomas del embarazo extra-uterino, dice Thompson Lusk, no difieren esencialmente de los del embarazo intra-uterino. Generalmente la menstruacion se detiene, bien que el fenómeno no se produzca con la misma regularidad que en el embarazo normal. Más adelante dice el mismo autor: las *modificaciones hipertróficas* del útero se cumplen como en el embarazo normal; la mucosa se transforma en *caduca* y un tapon mucoso obtura el cuello, el cual, á su vez, se reblandece como en el embarazo comun. Los síntomas de la ruptura son los de las hemorragias internas, es decir, abatimiento, languidez, postracion, sudores viscosos, frecuencia del pulso, vómitos intermitentes, colapsus y anemia aguda. Despues de la muerte del feto, estos síntomas pueden cesar y no reaparecer jamás; mas al contrario, si el huevo continúa desarrollándose, las hemorragias pueden repetirse muchas veces y provocar peritonitis locales, que se terminan por la muerte ó la curacion definitiva.

No siempre se presentan los fenómenos inflamatorios como consecuencia de la muerte del feto; y en tales circunstancias los líquidos del quiste se reabsorben, sus paredes se abaten y llegan á ponerse en contacto con el cadáver fetal. La piel de este último y en un periodo más avanzado, los tejidos blandos profundos, sufren una degeneracion grasosa que los transforma en una sustancia *adipocirosa* formada de grasa, sales calcareas, cristales de colesterina y de pigmento sanguíneo. Despues de la reabsorcion de las partes líquidas, cuando no quedan mas que los huesos, los depósitos calcareos y las incrustaciones sobre las paredes del quiste, el feto puede sufrir una especie de retraccion á la manera de una *momia*, conservando su forma y sus órganos en sus más pequeños detalles. El feto así modificado, lleva el nombre de *litopedion*.

El diagnóstico (dice el mismo autor en otra parte), descansa sobre la ausencia de la menstruacion y sobre las modificaciones mamarias y uterinas propias del embarazo.

Como se ve, la sintomatología del embarazo extra-uteríno es en lo general idéntica á la del intra-uterino simple; y si para más autoridad, consultamos á Naegele, Dubois, etc., en este sentido, encontraremos el cuadro más completo y acabado de los síntomas del embarazo intra-uterino, exactamente idéntico al del extra-uterino. Es cierto que algunos autores rechazan esta manera de ver y no admiten la identidad; pero yo me atrevo á creer que no lo han hecho con pleno conocimiento de causa, no por ignorancia, sino por la feliz rareza con que se observa en la práctica y aun en las más ricas clínicas, el embarazo extra-uterino. Mas prescindiendo de todas estas razones que en mi concepto son dignas de tomarse en cuenta, es necesario hacer observar, que todo el mundo está de acuerdo en un *hecho capital:* que el embarazo extra-uterino se termina casi siempre por la ruptura del quíste fetal, causa evidente é indiscutible de una hemorragia y por consiguiente del hematocele.

No me atreveré á asegurar, precisamente por que carezco de hechos clínicos que me autoricen á hacerlo, que el hematocele reconozca *siempre* esta única causa; pero sí creo, en vista del cuadro sintomático del caso que presento, que el embarazo extra-uterino, es y puede ser causa del hematocele.

Si esta patogenia, que yo acepto como la más racional, es cierta, me servirá para deducir de ella dos conclusiones de la más alta importancia: primera, que los fenómenos presentados por el embarazo extra-uterino, *antes* de la ruptura del quiste, constituyen los síntomas premonitorios del hematocele; y segunda, que si se supone en una enferma la existencia de un hematocele, no puede aceptarse simultáneamente la presencia de un embarazo intra-uterino, como algunos lo han creido hasta aquí, porque esto equivaldria á admitir un doble embarazo, uno intra-uterino y otro extra-uterino.

Septiembre de 1888.

DR. C. TEJEDA GUZMAN.

	Sexo.	Diagnóstico.	Sitio del absceso.	Tratamiento.	Terminacion.
1ª	Hombre de 33 años.	Absceso consecutivo á una neumonía franca.	De la mitad de la línea axilar á la espina del omóplato del lado izquierdo.	Incision y reseccion de la 6ª costilla en la extension de 4 centímetros. Curacion antiséptica.	Curacion en algunos dias.
2ª	Niña de 4 años.	Absceso consecutivo á neumonía franca del lóbulo superior del pulmon izquierdo.	Bajo la clavícula. Fluctuacion.	Incision.	Curacion lenta; persiste una fístula.
3ª	Hombre de 30 años.	Absceso consecutivo á una neumonía.	En el sétimo espacio intercostal. Fluctuacion.	Incision.	Curacion en siete semanas.
4ª	Mujer de 20 años.	Neumonía; dos meses despues, derrame pleural purulento. Absceso ignorado.	Lado izquierdo.	Al introducir un tubo para canalizar la cavidad pleural, el absceso se abrió casualmente.	Curacion rápida.
5ª	Mujer de 27 años.	Absceso consecutivo á neumonía franca.	Bajo la clavícula. Fluctuacion.	Incision despues de puncion exploradora.	Curacion; persiste una fístula.
6ª	Hombre de 26 años.	Absceso dos años despues de una neumonía.	9° espacio intercostal.	Formacion de adherencias. Incision. Reseccion de la 9ª costilla y despues de la 5ª, 6ª, 7ª y 8ª	Curacion completa
7ª	Hombre de 34 años.	Absceso cinco años despues de una neumonía aguda.	Lado izquierdo. 6º espacio intercostal. Signos cavitarios.	Incision y canalizacion.	Mejoría durante el primer mes. Muerte súbita.
8ª	Hombre de 60 años.	Neumonía y gangrena pulmonar. Caverna.	Cerca del ángulo del omóplato.	Incision y lavado antiséptico.	Muerte en el colapsus.
9ª	Hombre de 39 años.	Neumonía seis semanas antes; gangrena limitada al lóbulo inferior del pulmon derecho.	En el 5° espacio intercostal.	Reseccion de la 5ª costilla. Incision. Se abrió el absceso con el termocauterio; curacion antiséptica.	Once dias despues de la operacion, la temperatura fué normal; al mes y medio salió curado.

REMITIDOS CIENTIFICOS.

AUDIOMETRO SENCILLO.

Entre los muchos servicios que la electricidad ha prestado á la medicina, figura como uno de los más interesantes, su aplicacion al diagnóstico de diversas enfermedades, en las que sus indicaciones son de extremada exactitud.

Como ejemplo de lo dicho, podremos citar *el audiómetro* que puede medir exactamente la agudeza auditiva antes apreciada por medios imperfectos.

Existen varios modelos de este instrumento, á cual más ingenioso, como obra de los notables electricistas Ladreit de la Charrière, Boudet de Paris, Gaiffe, etc., que tienen, sin embargo, el inconveniente de ser costosos y que, por lo mismo, no están al alcance de todos. Estudiando la manera de allanar este inconveniente, imaginamos un procedimiento muy sencillo para medir con gran exactitud la agudeza auditiva, valiéndonos de un aparato volta ó magneto-farádico y de una bocina telefónica. Hélo aquí:

Se dispone el aparato volta ó magneto-farádico para hacerlo funcionar, empleando en el primero una carga débil para la pila. En seguida se inserta un teléfono en los extremos de los hilos conductores que sirven para aplicar la corriente, y los extremos opuestos de estos hilos se colocan en los lugares que corresponden á la corriente más débil ó extra-corriente, ó tambien corriente de la primera hélice. Aplicándose entonces la bocina al oido, se escucha un ruido perceptible solamente para un oido sano. Si se quiere aumentar la intensidad del ruido, basta extraer más ó menos el núcleo del carrete formado de un haz de alambres ó de un tubo de laton en los aparatos volta-farádicos, y en los magneto-farádicos cambiar de posicion la armadura del imán que induce los carretes. Si la sordera que se estudia fuere considerable, se cambian los hilos conductores á los puntos donde se recoge la corriente de la segunda hélice ó corriente inducida, más fuerte en tension que la primera, lo cual producirá un ruido más intenso en la bocina. Anotando en el graduador de la corriente de cualquiera de estos aparatos el punto donde el ruido producido en la bocina es suficiente para ser oido por el enfermo, se puede medir sobre el graduador la agudeza auditiva y compararla con la que resulte de otras observaciones.

Esta experiencia puede hacerse con mucha mayor precision, empleando cualquiera de los carretes inducidos del aparato de Tripier, mucho más perfecto y científico que los anteriores.

ROBERTO M. JOFRE.

REVISTA EXTRANJERA.

PATOLOGIA INTERNA.

DE LA ORQUITIS PALÚDICA, *por el Dr. Calmette.*—Despues de los médicos de ejército, Sres. Bertholon, Schmit y Charvot, el Dr. Calmette ha hecho algunos estudios acerca de la cuestion tan oscura de las orquitis palúdicas. Recuerda que la orquitis, llamada palustre, está constituida por un tumor duro y liso que ocupa el testículo y se desarrolla en el curso ó al fin de las fiebres intermitentes; el epidídimo y la túnica vaginal algunas veces son atacados. La supuracion es rara. En el espacio de uno ó dos septenarios se verifica la resolucion; pero la atrofia del testículo puede venir despues que haya desaparecido la fiebre. El tratamiento por los revulsivos locales y por el sulfato de quinina al interior, bastan para detener los accidentes inflamatorios.

Sin negar la influencia ocasional del paludismo en la produccion de esta enfermedad testicular, el Sr. Calmette se adhiere á la teoría etiológica sostenida por los Sres. Le Dentu y Terrillon ante la Sociedad de Cirujía, en su sesion del 9 de Noviembre de 1887. Como estos dos cirujanos, cree el Dr. Calmette que el escroto participa con frecuencia de la inflamacion del testículo y puede tambien llegar á ser elefanciaco. La lesion original provendria, pues, de una irritacion del sistema linfático, y se trataria de una linfangitis intra-testicular, siendo aquí, como en otros casos, la influencia de los climas cálidos la causa determinante de la lesion de los vasos blancos, y la malaria, ó veneno palúdico, no figurando sino en segundo término.—*(Annals des malad. des org. genito-urin. Paris, Août 1888).*

TRATAMIENTO DE LOS ABSCESOS DEL PULMON CONSECUTIVOS Á LA NEUMONÍA FRANCA, *por los Doctores Spillmann y Haushalter.*—Los abscesos del pulmon complican rara vez la neumonía franca; á menudo solo la autopsía puede descubrirlos: en medio de un pulmon que ha sufrido la hepátizacion gris, se encuentran una ó muchas anfractuosidades de volúmen variable que resultan de la exageracion de los procesos supurativo y necrobiótico, en cierto punto de la superficie; simple incidente en la evolucion de la enfermedad que, en general, no modifica el pronóstico inmediato.

A veces, persisten los signos de absceso, despues de la terminacion de la neumonía; pero esto es raro, pues el absceso no se produce, sino en el periodo de hepatizacion gris, y la curacion de la neumonía en este periodo es excepcional.

El absceso del pulmon puede curar, por reabsorcion, evacuacion en los bronquios ó al exterior; pero hasta en su modo de curacion hay peligro; es



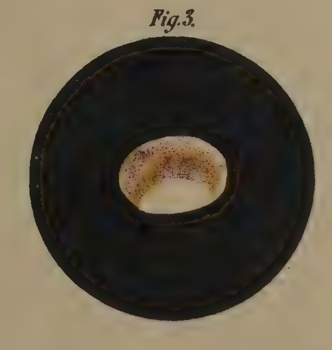
Aspecto del fondo del ojo, visto de frente.—Se nota hácia abajo un amplio despegamiento de la retina y una parte de cisticerco.—La papila en vía de atrofia.



Parte inferior del fondo del ojo.—La vesícula del cisticerco se ve alargada, y la parte inferior, adonde estaba contenido el parásito, con una coloracion blanca.



Equinococus con un aumento de 166 diámetros. Se ve hácia arriba la corona de ganchos y las ventosas.



Aspecto de la vesícula y de su contenido, ampiificados.



Un gancho del equinococus, aumentado 430 diámetros.



inútil insistir sobre las graves consecuencias de su apertura en el pericardio, la pleura, el hígado, ó sobre la de una fístula neumo-pleuro-cutánea, la septicemia y el marasmo.

Ante un pronóstico tan sombrío, muchos cirujanos se han aventurado á buscar el foco supurante para evacuarlo y evitar su apertura en órganos importantes.

A priori, efectivamente, parece que la intervencion quirúrgica debe tener en el caso presente probabilidades de un feliz resultado: el mal es, en general, más limitado que en la caverna tuberculosa; los tejidos circunvecinos están sanos; la coleccion purulenta está situada, casi siempre, en la base del pulmon y es más accesible que las que se encuentran en el vértice; en fin, no es de temerse la reincidencia ó infeccion de órganos alejados como en la tuberculósis.

Sin embargo, en la literatura médica no se encuentra más que un corto número de neumotomías practicadas con el objeto de curar focos purulentos ó gangrenosos consecutivos á la neumonía franca.

Resumimos las observaciones coleccionadas por los autores, en el cuadro que adjuntamos en la página 203.

Por la observacion del anterior cuadro se ve que en algunos casos, los síntomas de absceso pulmonar han aparecido mucho tiempo despues de la neumonía que le dió orígen.

Dada la terminacion ordinariamente funesta de los abscesos pulmonares, y la imposibilidad de saber la marcha que seguirá la coleccion purulenta, nos parece enteramente indicado, apresurar la evacuacion del pus dándole salida por la via más favorable. Considerando los resultados felices obtenidos en el cuadro anterior, no creemos debido esperar, para intervenir, que el absceso amenace abrirse hácia el exterior ó en un órgano cualquiera, ó que el estado general sea tan malo que haga improbable la curacion del enfermo. Mas antes de abrir el pecho para buscar la coleccion purulenta, es de todo punto indispensable haber formado el diagnóstico preciso de la existencia y sitio del absceso.

Cuando una neumonía se prolonga demasiado, cuando despues de la defervescencia se establece una fiebre héctica; cuando, en fin, la espectoracion adquiere el carácter purulento ó gangrenoso y contiene fibras elásticas, restos de pulmon, cristales de margarina, etc., es permitido suponer que la neumonía ha sido el punto de partida de un trabajo ulceroso que ha podido llegar á formar una ó muchas cavidades supurantes; pero para que estas cavidades merezcan el nombre de absceso, y sean propias para ser tratadas quirúrgicamente, es preciso que sean bastante extensas para producir los signos vulgares de caverna pulmonar, matitez timpánica ó ruido de jarro rajado á la percusion; soplos, surruido, modificacion de la voz á la auscultacion. Sin embargo, es necesario confesar que estos signos no siempre son característicos de una excavacion pulmonar; con el objeto de asentar el diagnóstico de una manera precisa, la mayor parte de los autores reconocen la necesidad de una *puncion exploradora;* cuando de un punto del pulmon, adonde se perciben signos cavitarios, se retira pus por la puncion, puede asegurarse que existe una coleccion purulenta cuya profundidad puede calcularse por la longitud introducida de la aguja. La puncion, hecha con instrumentos limpios y desinfectados, es inofensiva y no dolorosa; el autor se sirve de una jeringa análoga á la de Pravaz, con una aguja cuyo diámetro corresponde al de la aguja núm. 2 del aspirador de Dieulafoy.

La adherencia de las dos hojas de la pleura, es una condicion ventajosa para el tratamiento quirúrgico de los abscesos pulmonares, porque previene las pleuresías purulentas que pudieran formarse por la caida de productos sépticos dentro de la cavidad pleural. Generalmente, el proceso neumónico que ha producido el absceso, ha provocado una pleuritis adhesiva. En el caso contrario, se hace una incision en la piel y los músculos, en cuyo fondo se coloca una pequeña cantidad de pasta de Canquoin ó se suturan las dos hojas de la pleura, como lo ha hecho Cérenville.

La profundidad del absceso no debe preocupar al cirujano; el único peligro que debe temerse es la hemorragia, pero este peligro puede evitarse empleando el termocauterio ó instrumentos embotados.

Si es permitido afirmar que es útil y aun necesario, en ciertos casos, dar salida al pus de un absceso pulmonar cuando se ha diagnosticado de una manera exacta, ocurre preguntar si se debe intervenir quírúrgicamente desde que se ha reconocido su existencia, cuando no ha terminado aún el proceso neumónico en el resto del pulmon.

En general, en estas circunstancias, nos parece preferible, ántes de intervenir quirúrgicamente, esperar á que la neumonía termine; se evita así una operacion inútil y por otra parte nada prueba que el absceso no pueda curar á la par que la neumonía que lo ha producido.

Por lo demás, los signos de absceso del pulmon debidos á una neumonía no se muestran ordinariamente con claridad, sino cuando el proceso flegmásico está curado. Raras veces se presentará el caso de abrir el absceso durante la enfermedad, y aun cuando se presentase, aconsejariamos esperar, en

tanto que se ensaya disminuir la secrecion purulenta por inyecciones subcutáneas de eucaliptol ó inyecciones de glicerina yodoformada, en el foco.

Cuando la neumotomía está indicada, y cuando se ha decidido dar salida al pus del absceso pulmonar, pueden emplearse diversos medios para evacuar la coleccion purulenta. En el caso de la existencia de un foco gangrenoso, los ingleses, despues de haber introducido un trocar hasta la caverna y ensanchado la herida por medio de pinzas, hacen penetrar en la cavidad un tubo por el cual hacen lavados diarios con agua fenicada ó de permanganato: este método no permite un escurrimiento suficiente del pus ó de los detritus pulmonares. La incision simple de las paredes torácicas y del pulmon, puede producir hemorragias. La conducta más segura, como lo aconsejan Cérenville y Rüneberg es abrirse camino primero por medio de la reseccion de una porcion de costilla y despues penetrar en el pulmon con el termocauterio; de este modo es fácil colocar el tubo, la curacion es cómoda y el escurrimiento de los líquidos sépticos completo.

Fundándose en los resultados obtenidos en la mayor parte de las observaciones publicadas sobre esta materia, Rüneberg rechaza los lavatorios de las cavidades pulmonares con líquidos antisépticos; provocan accesos de tos y aun pueden ocasionar bronquitis ó bronco-neumonías que suelen ser mortales, como lo prueba un caso referido por Cérenville: el punto esencial es favorecer un escurrimiento fácil y completo del pus. Los antisépticos en polvo son preferibles á los antisépticos líquidos; Cérenville aconseja llenar la cavidad pulmonar con pequeñas bolas de gaza fenicada ó de algodon espolvoreado de iodoformo; en todo caso, debe aplicarse sobre el torax la curacion antiséptica. Las observaciones que van en el cuadro, muestran que en los casos de absceso consecutivo á la neumonía, no solo es posible la curacion completa sino que es relativamente rápida despues de la intervencion quirúrgica.

Conclusiones.—De este trabajo incompleto bajo muchos puntos de vista, puesto que no está fundado sino en un corto número de observaciones, creemos poder deducir sin embargo, algunas coclusiones prácticas: 1ª antes de recurrir á la intervencion operatoria, es necesario asegurarse de todos los medios de diagnóstico y en particular por la puncion exploradora, de la existencia y sitio del absceso; 2ª cuando se ha diagnosticado una coleccion purulenta en el curso de una neumonía, debe en general, rechazarse toda intervencion. Si la neumonía cede y el abcseso persiste, la intervencion puede producir una curacion rápida ó cuando menos evitar los graves accidentes que resultan de la apertura del absceso en los órganos circunvecinos ó en el exterior; 3ª ántes de abrir la cavidad supurante es útil provocar adherencias si no las hay; 4ª para llegar al absceso, el mejor procedimiento parece ser la reseccion costal con apertura del pulmon por el termocauterio; 5ª debe favorecerse el escurrimiento completo de los líquidos sépticos por medio de un tubo, desechar los lavatorios antisépticos y dar la preferencia á las curaciones secas.—*(Revue de Médecine* 10 *Août* 88).

PATOLOGIA EXTERNA.

CONSIDERACIONES SOBRE UN CASO DE PERIOSTITIS AGUDA DEL MAXILAR SUPERIOR, *por el Dr. Marchandé.—(Comunicacion á la Sociedad de Medicina práctica).*—Habiendo tenido ocasion de observar en mi clientela civil un caso interesante de periostitis aguda del maxilar superior, pido permiso á los miembros de la Sociedad de Medicina práctica, para publicar la observacion.

El Sr. B., de edad de 24 años, se presentó en mi consulta el dia 10 de Diciembre de 1884, quejándose de tener hinchamiento de la bóveda palatina que comenzó dos dias antes sin producirle dolor apreciable. Despues de haber examinado atentamente la boca, de haberme cerciorado de que no se habia picado con una espina de pescado ó cualquier otro cuerpo, y de que todos los dientes del maxilar superior estaban enteramente sanos, le aconsejé la aplicacion de tintura de iodo y de acónito y le rogué que me volviese á ver al cabo de algunos dias. Agregaré que los dientes estaban absolutamente fijos y que mi exámen, dirigido especialmente sobre la encía superior que algunas veces es la causa de abscesos alejados de la bóveda palatina, fué enteramente negativo.

Veinticuatro horas despues de esta visita, mi cliente, que habitaba en el campo, fué atacado de inapetencia, fiebre, vómitos y viva cefalalgia. El Dr. Lelong, antiguo interno de los hospitales, fué solicitado por la familia y observó los síntomas siguientes: fiebre, delirio, hinchamiento enorme de todo el lado izquierdo del maxilar superior.

Llamado en consulta al dia siguiente, pude notar la agravacion de estos síntomas y la existencia de la supuracion. Los dos grandes incisivos, el pequeño incisivo izquierdo y el canino estaban flojos; el hinchamiento habia aumentado y el aliento era sumamente fétido. Se trataba, sin duda, de una periostitis aguda de todo el lado izquierdo del maxilar superior.

¿Cuál era su etiología?

Como lo he dicho arriba, los dientes estaban enteramente sanos.

Pensé desde luego en una periostitis de naturaleza reumática.

He tenido ocasion de observar muchos casos, pero nunca he visto avanzar la enfermedad más allá del estado congestivo del sistema vascular, derrame de linfa plástica en las partes circunvecinas. Segun Tomes, rara vez se establece la supuracion y aun la secrecion purulenta se limita á aquella parte de la membrana alveolar que se une á la membrana mucosa en el cuello de los dientes.

Separé el carácter específico, porque el paciente negó formalmente haber padecido sífilis.

En ninguno de los autores que he podido consultar, Salter, Tomes, Fox, Andrieu, se encuentra citado un caso semejante á este, por lo menos como punto de partida. En todas las observaciones citadas por ellos, la causa de la afeccion ha sido la irritacion producida por una raíz ó un diente enfermo. No he hablado de las fiebres biliosas é inflamatorias que no pueden presentarse como causa; tampoco he invocado la irrupcion de una muela del juicio, ni he pensado en que la afeccion sea de carácter estrumoso, dada la buena constitucion del paciente y de su familia.

Nuestro cliente acababa de pasar algunos meses en Alemania, adonde no bebia vino y en donde su régimen alimenticio habia cambíado forzosamente. Llevaba un género de vida muy debilitante y se agotaba un poco.

Creí entonces, procediendo por eliminacion, que á esta última causa debia atribuirse el orígen de los accidentes que he descrito.

¿Qué debia hacerse?

En presencia de síntomas tan graves y sabiendo los destrozos que pueden producirse antes de la apertura espontánea del absceso, por el hecho de que el pus puede abrirse camino hácia la cara ó penetrar en la cavidad del antro de Higmore, teniendo presente que la inflamacion puede invadir la totalidad de la boca y temiendo una necrosis del maxilar, me decidí, de acuerdo con mi compañero, á practicar la operacion siguiente:

Extirpacion del primer molar superior izquierdo, del canino y el pequeño incisivo que se encontraban flojos. Apertura del foco por medio del termocauterio, practicando largas soluciones de continuidad sobre toda la extension de la bóveda palatina. El pus escurrió en abundancia; lavado del foco con agua adicionada de tintura de eucaliptus. Por este tratamiento, los accidentes generales cesaron, poco á poco se desprendieron las escaras y el trabajo de exfoliacion no pasó de la pared alveolar. Al cabo de algunos meses se eliminaron los pequeños secuestros y el paciente quedó absolutamente sano, sin más, que llevar un aparato protético de tres dientes. En la actualidad, sus otros dientes están sólidamente implantados.

Esta observacion presenta, á mi modo de ver, un interes particudar que consiste en que la causa ocasional (que, diez y nueve veces sobre veinte, es una lesion pulpar) falta completamente.

Por lo que concierne á mi intervencion, pienso que está justificada por la marcha rápida de los accidentes.

Quise, antes que todo, impedir que la supuracion invadiera el lado derecho del maxilar. Era de todo punto indispensable dar salida al pus, y no tenia más lugar de salida (puesto que el absceso era profundo) que los alveolos de los dientes extraidos. Me decidí á hacer la avulsion de estos últimos, no obstante el deseo que tenia de conservarlos, porque creo que si no la hubiese hecho, en vez de tres dientes hubiera estado obligado á sacrificar todos los del maxilar superior.

Confirmé mi diagnóstico: la pulpa de los dientes estaba sana. Se trataba, pues, de una causa general, independiente de toda lesion dentaria. La única duda que hubiera podido abrigar, seria la naturaleza específica de la lesion, á pesar de la negativa formal del paciente y del conocimiento que tenia de toda su familia. En este caso, mi intervencion hubiera sido mejor justificada. En efecto Tomes, cuya autoridad en semejante materia es incontestable, asegura que los dientes, aun los sanos, se encuentran en este caso muy comprometidos por la necrosis de los alveolos que casi fatalmente sobreviene al cabo de cierto tiempo; de tal suerte, que lo mejor es extraer los que se encuentren más interesados.

Esto explica mi conducta en este caso particular. —*(Journal de Medecine. 19 Août 1888).*

TRATAMIENTO DEL MAL DE POTT.—*(Dr. Verneuil).* —El principio general que preside en la curacion de todas las artropatías, debe tambien aplicarse á las desviaciones de la columna vertebral. En efecto, la *inmovilizacion* de la articulacion enferma, colocada en una buena actitud y sustraida á toda presion ó accion mecánica, puede y debe aplicarse á las lesiones del raquis, con la única diferencia que en éstas, la expresion *buena actitud* debe entenderse en un sentido verdaderamente concreto.

Si en la articulacion de la rodilla, por ejemplo, la posicion recta es la más conveniente para inmovilizarla, en las desviaciones de la columna vertebral, esta oposicion seria difícil de alcanzar y en muchos casos las tentativas para producirla pueden ocasionar accidentes graves y aun mortales.

Sin negar que las deformaciones recientes de la columna pueden desaparecer por un prolongado decúbitos, M. Verneuil aconseja relegar á un segundo término la cuestion del enderezamiento del

raquis y no dedicarse más que á detener los progresos del mal é impedir la compresion de la médula espinal, en estos casos sériamente comprometida.

Si pues nuestro punto objetivo debe ser procurar la soldadura de los huesos en la posicion en que se encuentran, el ideal en la curacion del mal de Pott, es la anquílosis.

Pero para que este resultado sea satisfactorio, el médico debe diagnosticar el mal de Pott mucho antes que la deformacion sea considerable, antes que hayan aparecido los abscesos de la fosa iliaca.

¿Puede hacerse este diagnóstico?

La confusion posible del mal de Pott con la coxalgia, la paraplegia y la parálisis atrófica de la infancia, desaparece con la ayuda de ciertos medios de diagnóstico. Colocando al niño de pié, fijando la pélvis con las dos manos é imprimiendo movimientos en todos sentidos á la columna vertebral, se encontrará que la porcion enferma del raquis presenta una notable rigidez, en el caso de la existencia de un mal de Pott.

La curacion es posible, es satisfactoria, si se sorprende el mal en su principio; entonces, la inmovilizacion y una buena higiene, podrán detener los progresos de la deformacion y por ende sus fatales consecuencias.

Los principios en que se funda el Dr. Verneuil para tratar el mal de Pott como una artritis, son relativamente recientes; no hace aún veinte años que se decia que los aparatos ortopédicos, no producen mas que molestias y no se permitian mas que algunas horas de reposo por dia.

Preciso es hoy admitir, que la inmovilizacion de la region enferma y la inmovilidad del individuo, pueden solo llevar á buen término tan terrible mal. Los aparatos aplicados á lo largo del raquis, impiden únicamente la flexion de la columna; pero no impiden, durante la marcha, la presion de unas vértebras sobre las otras. El aparato que mejor satisfaga la inmovilidad absoluta de la columna vertebral, es sin duda el más perfecto.

Se ha usado la canaladura de Bonnet, que realizaba la doble condicion de la inmovilidad del raquis y del individuo; la coraza destinada á inmovilizar el torax y combinada con el decúbitus permite al enfermo, sin inconveniente, mover las piernas y los brazos.

De tal suerte, que este último es el que resulta más eficaz, de todos los aparatos propuestos para la curá del mal de Pott, ora que sea de yeso, ora de dextrina ó de cuero. Su aplicacion es sencilla en cualquier parte: fácil es procurarse ouate, una venda y una sustancia coagulante, con lo cual se colocará el niño en un aparato inamovible, cuyo único nconveniente es que impide cambiar de ropa el enfermo y molesta cuando se ha formado un absceso.

Si se usase de una coraza de cuero (aparato amovo-inamovible), estos inconvenientes desaparecerian; pero en razon de su elevado precio, no siempre se encuentran al alcance del paciente, no obstante que con los aparatos inamovibles, los honorarios del médico, exceden, con mucho, á los del ortopedista.

M. Verneuil desecha, asimismo, los medios revulsivos aconsejados por algunos cirujanos, y asegura que el dolor, la paraplegia y los accidentes medulares, ceden más fácilmente con la inmovilizacion, que con el uso de cauterios, sedales, puntos de fuego, etc. Otro tanto sucede con los baños y duchas, que exigen de los enfermos movimientos que comprometen la consolidacion absoluta, único objeto que el cirujano debe perseguir.

En resúmen, el mejor tratamiento del mal de Pott es:

1º Hacer el diagnóstico lo más cerca posible del principio de la enfermedad.

2º Inmovilizar la columna vertebral en toda su altura, y particularmente en la region enferma.

3º Mantener al enfermo largo tiempo en la cama, mínimum: seis meses, á menudo más.

4º Cuando la curacion se haya obtenido, al parecer, autorizar la marcha con muletas.

5º Tratamiento interno: iodo, fosfato de cal, vino de quina y buena alimentacion.

El tiempo necesario para obtener la curacion, es muy variable. Por lo que respecta al pronóstico, M. Verneuil expresa que si antes los abscesos por congestion agravaban considerablemente el pronóstico, hoy pueden considerarse como una circunstancia feliz, toda vez que ya no se espera que el foco purulento se abra espontáneamente, sino que se le busca, y si es accesible, si la fluctuacion es manifiesta, se le vacía y se le trata por las inyecciones iodoformadas, cuya accion modificadora se hace sentir hasta en la vértebra enferma.—(*Gazette des Hopitaux*, 23 Août 1888).

TERAPEUTICA.

LA QUINOLINA, NUEVO ANTISÉPTICO.—Esta sustancia $C^9 H^7 A^z$, se obtiene por vía sintética de la anilina, del nitro benzol, de la glicerina y el ácido sulfúrico; es muy soluble en el alcohol, en el éter, en el cloroformo y en la benzina, pero débilmente en el agua. Segun Domat, posee un poder antiséptico considerable aun en solucion acuosa. Una solucion al 0,2 por 100 combate la putrefaccion de la orina y de la cola; al 0,4 por 100 previene la putrefaccion de la sangre; al 0,2 por 100 suprime la coagulabilidad de la sangre y disminuye la de la albumina.

Este medicamento ha dado resultados favorables

en la difteria. Hé aquí un colutorio empleado en unciones:

Quinolina	2 gram.
Agua destilada	áâ 50 gram.
Alcohol á 90°	

El autor indica la fórmula siguiente para gargarismo:

Quinolina	1 gram.
Alcohol á 90°	50 ,,
Hidrolato de menta	500 grams.
Esencia de menta	2 gotas

Entre las sales de quinolina, se distingue el salicilato y el tartrato empleado en las heridas quirúrgicas en razon de su gran solubilidad en el agua. Señalemos igualmente una inyeccion antiblenorrágica asi compuesta:

Tartrato de quinolina	1 gram.
Agua destilada	150 grams.

DE LA GELSEMINA EN OBSTETRIICA Y EN GINECOLOGIA, *por Freeman.*—El autor aconseja el gelsemium y su principio activo, contra los dolores irregulares que preceden y siguen al parto, y contra las nevralgias ováricas ó dismenorréicas.

La tintura de Gelsemium, se administra de dos en dos horas, á la dósis de 5 á 30 gotas hasta la dósis, tal vez elevada, de 3 á 4 gramos en un dia. La gelsemina se prescribe á la dósis de 5 á 10 milígramos hasta 30 ó 45 milígramos por dia. Una dósis más elevada podria ocasionar accidentes: dificultad en la marcha, diplopia, etc., etc. En Francia, se le ha asociado el *Viburnum prunifolium* para disminuir los dolores de la dismenorrea.

SOBRE LAS INYECCIONES HIPODÉRMICAS DEL IODO-TANATO DE HIDRARGIRIO SOLUBLE, *por J. Nourry.*—La intolerancia, que se produce con frecuencia, al cabo de poco tiempo, desde que se administran las preparaciones mercuriales por la vía estomacal, me ha conducido á investigar si seria posible, como he podido hacerlo por el empleo á dósis elevada del iodo combinado con el tanino, obtener resultados de tolerancia, realizando una combinacion que correspondiese de algun modo al iodhidrargirato de potasio.

Las investigaciones que he emprendido, han sido favorables y, circunstancia feliz, el iodo-tanato de hidrargirio que he obtenido, posee este curioso caracter; ser soluble y no poseer, sin embargo, sabor metálico apreciable.

El Dr. Dujardin Beaumetz en el servicio del hospital Cochin, se ha prestado gustoso á experimentar mi preparacion de iodo y de tanino, así como la de base de iodo-tanato de hidrargirio; impresionado por los caractéres organolépticos especiales de esta última, á la vez que de la gran facilidad con que la soportan los enfermos debilitados, me ha inspirado la idea de preparar una solucion concentrada de esta sustancia para el uso hipodérmico.

Refiriéndome á las dósis usadas para las diferentes inyecciones, ora de los compuestos mercuriales insolubles, como el calomel, el óxido amarillo, ora de los compuestos solubles como el bicloruro, el peptanato y el biioduro, me he detenido en la siguiente fórmula que tiene la ventaja de mantener una equivalencia, permitiendo la fácil aplicacion á la vez que la comparacion de las diversas soluciones empleadas:

Hidrargirio	0.00 8 milig.
Iodo	00 30 cent.
Acido Kramero-tánico	00 40 cent.

Glicerina pura (volúmen de una jeringa ordinanaria de Pravaz) 1 c. c.

La cantidad de mercurio de esta solucion, corresponde sensiblemente á la que contiene la fórmula siguiente.

Calomel	0.01 cent.
Oxido amarillo	0.01 ,,

ó entre las sales solubles directamente ó por intermedio:

Peptonato	0.01 cent.
Bicloruro	0.01 ,,
Biioduro	0.02 ,,

La fórmula que el autor recomienda no produce dolor al inyectarse, así como tampoco absceso, endurecimiento ó nodosidad.

La absorcion se hace rapidamente: inyectada á la dósis de una jeringa, produce al cabo de 48 horas salivacion violenta y perturbaciones estomacales que aunque pasajeras, es preferible, segun lo recomienda el autor, usar solamente medio centímetro cúbico, es decir, media jeringa.

GINECOLOGIA.

PATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LA ENDOMETRITIS NO PUERPERAL, *por el Dr. Heitzmann, de Viena.*—(Continúa).—*La endometritis poliposa.*—Se presenta bajo dos formas: a) en una, solamente la mucosa del cuello está intersesada; esta variedad proviene de una metritis cervical crónica. Termina por excrecencias polipoides que se encuentran al nivel del *árbol de la vida* y en la cavidad del cuello.

Los síntomas habituales son: la hipersecrecion, las hemorragias y los dolores dismenorréicos en relacion con los obstáculos mecánicos. En la segunda variedad, descrita por Klebs, se produce una proliferacion de la mucosa del cuerpo, bajo forma de arrugas y de crestas transversales. El estroma presenta una gruesa capa de grandes núcleos celulares y de espacios linfáticos dilatados. Esta forma,

que es bien rara, se distingue por la abundancia de la secrecion: no se acompaña ni de hemorragia ni de dolores dismenorréicos.

La endometritis decidual.—Siempre está en relacion de causalidad con el parto, y sobre todo con el aborto. La mucosa uterina cuya involucion es normal, prolífera durante seis semanas, ó algunos meses. Müschkin admite tres variedades de esta afeccion: a) *intersticial;* b) *parenquimatosa;* c) *mixta.* Se debe agregar *la endometritis decidual quística*, cuya descripcion ha dado Maslovsky. La endometritis puede existir durante y aun antes de la gestacion; pero solo afecta el *tipo decidual* con motivo de circunstancias nuevas. Así, el producto de la concepcion es expulsado en una época en que los elementos de la caduca no han sufrido los fenómenos de regresion necesarios para que se eliminen, siendo estos elementos el punto de partida de vegetaciones poliposas. Y si la caduca refleja está ya en condiciones en que le es imposible vivir, los despojos de la caduca verdadera, pueden dar márgen á una degeneracion adenoide.

La endometritis exfoliativa.—Está caracterizada esencialmente por la expulsion parcial de la mucosa durante las reglas. Las diferencias de estructura de las membranas expulsadas, indican que esta enfermedad es más bien la expresion sintomática de procesos endométricos diversos. En todos casos, la exfoliacion es favorecida por raptus hemorrágicos que se producen entre las capas superficiales y profundas de la mucosa. En la etiología entran causas locales y generales. La enfermedad es en extremo rebelde: á veces no cede sino hasta la época de la menopausa.

La endometritis disecante, (Kubassow), no produce solamente la exfoliacion de la mucosa, sino tambien la de la capa muscular subyacente. Sus síntomas son: los vómitos, la pérdida de conocimiento, la sensibilidad del útero (perimetritis), la calentura. La enfermedad es muy grave, puede terminar por un desenlace fatal, y merece colocarse entre los procesos flegmonosos.

La endometritis atrófica.—Es característica de la edad avanzada. La mucosa se adelgaza, la superficie está lisa y la cavidad uterina parece aumentada. Casi siempre las paredes de la matriz han perdido parte de su espesor.

En otra forma, toda la superficie interna está como granulosa, avivada; sangra al menor contacto de la sonda. Esta variedad se encuentra, sobre todo, en las mujeres que han tenido hijos. Se establecen adherencias de las que resultan estenosis, atresias uterinas. La mucosa presenta algunas veces puntos equimóticos. El epitelium ha retrocedido hácia una forma menos completa: los elementos cilíndricos de cejas vibrátiles son sustituidos por elementos pavimentosos.—*Psoriasis del útero?*—No se encuentra en la mucosa del cuerpo, sino vestigios de sus glándulas, mientras que al nivel del cuello, los huevos de Naboth están más desarrollados. El tejido interglandular está fibroso. Con frecuencia escurre un líquido opaco ó purulento; algunas veces se producen hemorragias, nunca dolores. En suma, esta variedad debe ser considerada como una endometritis relacionada de la manera más íntima con las modificaciones seniles de la mucosa, pero que es, algunas veces desde su orígen, la manifestacion de la infeccion gonorréica.

Las endometritis desarrolladas bajo la influencia de las enfermedades generales, sífilis, tuberculósis, no ofreccen ningun carácter de especificidad. Sin embargo, en aquellas que están en conexion con la primera, el exámen histológico permite demostrar un engruesamiento notable de las paredes vasculares.

Cuando se trata de instituir un tratamiento, es preciso dedicarse á desprender claramente el factor patogénico. Segun los casos, este tratamiento es *local* ó *general.* Local, puede ser *directo* ó *indirecto.* Es indirecto, cuando tiene por objeto curar afecciones concomitantes de los órganos peri-uterinos. Si existe una inflamacion catarral de la mucosa de las otras regiones del canal genital, es completamente indispensable curarla antes de emprender el tratamiento de la endometritis del cuerpo; esta precaucion, es aún más imperiosa cuando se trata de afecciones inflamatorias de los anexos.

Bajo este punto de vista, las tumefacciones, las desviaciones uterinas, las erosiones, etc., reclaman la atencion del ginecologista.

La eleccion conveniente del tratamiento local, exige el uso de la sonda uterina como medio de precisar el diagnóstico. Procediendo así, pueden encontrarse datos sobre el sitio, naturaleza é intensidad del mal.

Contra las formas *catarrales*, la técnica operatoria es la siguiente: abstersion cuidadosa de la mucosa, y aplicaciones de sustancias astringentes. En caso de estrechez del orificio, la dilatacion y aun discision preliminar del cuello.

A veces basta el abatimiento del útero, seguido de la dilatacion mecánica del órgano. Como porta-sustancia, puédese utilizar la sonda Playfair, ó un instrumento análogo, bolillas de algodon tomadas con la pinza de Bozemann. Si se trata de sustancias líquidas, se puede usar la cánula de Bandl, etc. La solucion de sulfato de cobre, es una de las mejores (10 %). Se conoce otra manera de introducir líquidos á la cavidad uterina: el uso del doble cateter de Fritsch-Bozemann, que permite pa-

sar de ½ á 2 litros de líquido (generalmente soluciones antisépticas débiles); pero el empleo de la cánula de Bandl, es preferible. En fin, en los casos de catarros uterinos rebeldes, conviene raspar y cauterizar la superficie enferma.

El autor ha emprendido ya hace algun tiempo el tratamiento seco del catarro uterino, empleando sustancias pulverulentas, (procedimiento de Kugelmann). A decir verdad, el método es cómodo, pero poco eficaz; solo ha utilizado el ácido bórico puro, en polvo.

En las formas *hemorrágicas*, debe el práctico preocuparse de la enfermedad fundamental. En cuanto al tratamiento local, exige siempre una *cauterizacion enérgica*. Para practicarla, los porta-cáusticos realizan bien el objeto.

Cuando el orificio del cuello es ancho, es fácil introducir directamente el lápiz cáustico y tocar la mucosa, evitando el dejar el cáustico dentro de la cavidad uterina. El defecto de este procedimiento, es que no se tocan todos los repliegues y depresiones de la mucosa; pero pueden emplearse bolillas de algodon embebidas en la solucion cáustica.

Injustificadamente, sin duda, se ha echado en olvido el método que consiste en hacer inyecciones intra-uterinas de percloruro de fierro, como las ha recomendado C. Braun. Claro es, que estas inyecciones comportan cierto número de precauciones indispensables.

Pero todos estos procedimientos son impotentes, cuando existen en la cavidad uterina fungosidades voluminosas, restos deciduales ó placentarios. En ciertos casos, el taponamiento practicado con gaza iodoformada, satisface las indicaciones.

Contra las formas *dismenorréicas*, el tratamiento debe variar mucho. Si se trata de un obstáculo mecánico, es necesario, naturalmente, recurrir á los medios propios para quitarlo. Si existe congestion habitual, recúrrase á las escarificaciones. En las otras formas de esta clase de denometritis, se utilizará la aplicacion de lápices iodoformados, no obstante que la eficacia de este tratamiento es problemática. Contra la endometritis disecante, Kubassow ha indicado toda una série de medios curativos. En fin, cuando se trata de la endometritis atrófica, todos los medios fracasan; aquí, el tratamiento no puede ser más que sintomático.—(*Cent für Gynäk*, núm. 15, 1888).

MANIFESTACIONES UTERINAS DEL PALUDISMO.—El Sr. Dr. Lardier (de Rambervilliers) estudia en el *Bulletin médical des Vosges* ciertas manifestaciones poco conocidas del paludismo. Sus investigaciones demuestran desde luego, que fuera de la gestion y del parto, se producen á menudo, bajo la influencia del paludismo, metrorragias, verdaderas epixtasis uterinas que ceden muy fácilmente á la administracion del sulfato de quinina. La vuelta de las reglas se verifica, á veces, de una manera anormal: los periodos son más aproximados; en otros casos, el escurrimiento sanguíneo, es en extremo abundante. Todas estas manifestaciones son, en tésis general, provocadas por la congestion de las vísceras abdominales, de las cuales, el útero forma parte, así como los otros órganos esplácnicos. Los fenómenos morbosos que pasan en el útero, generalmente se acompañan de otras manifestaciones palúdicas, febriles ó neurálgicas.

DURANTE EL PREÑADO, los accidentes palúdicos son raros: se observan algunas manifestaciones en los primeros meses, pero nunca en las últimas semanas de la gestion. Durante este periodo, existe una especie de tiempo "suspensivo" en que la resistencia orgánica de la mujer, y la sobre-actividad funcional del órgano están en estado de lucha contra la influencia morbosa. El Sr. Lardier, jamás ha visto en su comarca el aborto ó el parto prematuro provocados por la intoxicacion palustre. Tampoco la administracion del sulfato de quinina, heróico remedio contra los accidentes hemorrágicos, ha producido efectos emenagogos ó abortivos.

EL PERIODO PUERPERAL, es el más favorable para el desarrollo de las manifestaciones palúdicas: la intoxicacion que durante el embarazo ha podido quedar latente, toma despues del parto una marcha nueva que se traduce ya por síntomas febriles (calenturas cuotidianas, tercianas, etc.) ya por otros accidentes que tienen por asiento el útero (metrorragias, epistaxis uterinas periódicas, vuelta prematura de las reglas, etc.) Estas complicaciones uterinas, aún durante el periodo puerperal, por lo comun no tienen gravedad y ceden fácilmente á la accion del sulfato de quinina. Importa que el médico esté prevenido de su posibilidad para evitar errores de diagnóstico.

DURANTE LA LACTANCIA, la nodriza no presenta predisposiciones especiales á la intoxicacion palúdica: en ella no se encuentra la intensidad de los accidentes que presentan las mujeres en el periodo puerperal; pero no goza, por esto, de la inmunidad relativa de la mujer embarazada. En una palabra, las manifestaciones de la intoxicacion palustre de la nodriza nada presenta de especial; sin embargo, á veces las nodrizas palúdicas están expuestas á la vuelta prematura de las reglas. —(*Jour. de Médecine*, Août 1888).

FORMULARIO.

INYECCION DESINFECTANTE EN LA LEUCORREA.—Cheron usa la fórmula que sigue:

	grams.
Clorato de potasa	12
Láudano de Sydenham	10
Agua alquitranada	300

Disuélvase.—Se ponen dos ó tres cucharadas en un litro de agua caliente, para una inyeccion á mañana y tarde. La inyeccion permanecerá dentro, de cinco á seis minutos.—*(Gazette de Gynécol).*

TRATAMIENTO DE LA EPILEPSÍA POR EL SÍMULO.—El símulo es el fruto del *capparis coriaceo* (familia del hisopo), originario del Perú, Bolivia, etc. Se ha empleado bajo forma de tintura en siete casos de epilepsía á la dósis de 2 á 8 gramos, tres veces al dia. En todos estos casos, los enfermos han experimentado un alivio notable. El uso prolongado del medicamento, no ha producido ningun efecto desagradable, aun en los niños.—*(Lancet).*

EL BÁLSAMO DE GURJUN EN LA BLENORRAGIA.—

	grams.
Bálsamo de Gurjun	4
Goma	4
Jarabe simple	15
Inf. de badiana	45

Para tomar en dos dósis al comenzar cada una de las dos principales comidas.—*(Journ. de Paris).*

INYECCION HIPODÉRMICA DE CAFEINA.—*(Huchard).*

	grams.
Benzoato de sosa	3
Cafeina	2
Agua	6

Hágase la solucion en caliente. Se practicarán de cuatro á ocho inyecciones diarias.—*(Bullet. gén. de Thérap).*

TOXICOLOGIA.

PROPIEDADES TÓXICAS Y NARCÓTICAS DE LA ESENCIA DE SASAFRÁS.—Las virtudes terapéuticas están todavía por averiguar; en el público goza de alta estima como purificador de la sangre; para los terapeutistas es, si no inerte, de poco valor. Sin embargo, últimamente se ha indicado que dos gotas de esencia de sasafrás mezcladas al tabaco de fumar, nulifican sus propiedades tóxicas.

El Dr. Hill *(La Presse médicale belge)* ha querido esclarecer la verdad, y de sus experiencias resulta que, lejos de ser inerte esta esencia, es en extremo tóxica. Numerosas experiencias se han hecho sobre perros, gatos, etc., y se han corroborado por un envenenamiento accidental en el hombre.

Hay que hacer investigaciones terapéuticas sobre este producto que, hasta hoy, no ha llamado la atencion de los médicos.—*(Les Nouveaux Remèdes).*

TIP. DE DUBLAN Y COMP.

VOL. I. México, Septiembre 15 de 1888. NUM. 14

REVISTA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO BIMENSUAL DIRIGIDO POR EL DR. JOSE RAMOS.

COLABORACION:
Dres. R. Lavista, M. Carmona y Valle, E. Liceaga, J. M. Rodriguez, R. Fuertes, M. Alvarado, D. Mejía, J. M. Bandera, M. Dominguez, M. Gutierrez, San Juan, F. de P. Chacón, R. Vertiz, M. Cordero, F. López, F. Ortega y Fonseca, F. Hurtado, N. Vargas, J. Martinez del Campo, C. Tejeda Guzman, J. Villagrán.

DIRECCION Y REDACCION:
REFUGIO NUM. 15, ENTRESUELO,
DESPACHO DE LOS SRES.
E. DUBLAN Y COMP.
Administrador y propietario: Dr. Manuel Barreiro.
Apartado en el Correo núm. 619.

PRECIOS DE SUSCRICION:
EN LA CAPITAL
Por un mes......................$ 0 50
Por seis meses.................. 2 50
EN LOS ESTADOS:
Por un mes......................$ 0 62
Por seis meses.................. 3 00

PRENSA EXTRANJERA QUE RECIBIMOS PARA LA FORMACION DE LA REVISTA:

"Gaceta Médica de Paris."—"Gaceta de los hospitales civiles y militares de Paris."—"Periódico de las Sociedades Científicas."—"Revista Científica."—"La Naturaleza."—"Gaceta Hebdomadaria."—"Revista de Medicina," de Bouchard, Charcot y Chauvau.—"Anales de las enfermedades de los órganos genito-urinarios."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Lúcas Championière.—"Periódico de Medicina de Paris," de Lutaud.—"Boletin de la Academia de Medicina."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Bruselas.—"El Electricista."—"El Tiempo Médico," de Filadelfia.—"El Registro Médico."—"El Mundo Médico."—"Anales de Ginecología," de Boston.—"La Lanceta," de Lóndres.

SECCION EDITORIAL.

MEDICINA LEGAL.

BREVES COMENTARIOS Á ALGUNOS ARTÍCULOS DEL CÓDIGO PENAL MEXICANO.

(Arts. 527-528.)

Las dificultades que hay para resolver muchos de los problemas que se presentan al médico en la aplicacion de sus conocimientos á las investigaciones judiciales, han hecho que el progreso de la medicina legal sea lento en el sendero de la verdad y de la justicia.

Largo tiempo se han discutido las diferentes bases en que deben apoyarse las decisiones médicas en las cuestiones médico-jurídicas, y en muchas naciones se ha llegado á conclusiones diferentes, tanto en el fondo, como en la forma; la interpretacion que se ha dado en los diferentes códigos á una misma idea, á un mismo principio, ha originado tal disidencia en algunos puntos, que frecuentemente se advierten conclusiones absolutamente contrarias; de aquí la necesidad de investigar cuál es la verdad en los diversos casos que se presentan al médico y cuál debe ser el fundamento de sus decisiones. Claro es que si lo que se exige de éste, fuese simplemente la exposicion de los hechos vistos á la luz de las ciencias médicas, su deber se concretaria á afirmar ó negar la consumacion del hecho que se imputa; pero desgraciadamente las cuestiones médico-legales envuelven multitud de problemas en donde el médico tiene que interpretar los hechos que se le presentan, de acuerdo con ciertas reglas determinadas en el Código penal; en tal situacion se nota con suma frecuencia que ciertas cuestiones no caben en ninguna de aquellas bases de clasificacion, y en este momento es cuando el médico se ve obligado á interpretar los artículos del Código con perjuicio del acusado unas veces, y otras en detrimento de la vindicta pública. En efecto, cuántas veces la declaracion de un médico es favorable á un delincuente, cuando en realidad tal declaracion no es más que el resultado de la insuficiencia de los casos previstos por el Código; y cuántas, tambien, se condena á un reo por delitos de que no es directamente responsable!

En la alternativa de dejarlo todo á la interpretacion de los jueces ó establecer una penalidad muy detallada para comprender todos ó casi todos los casos que pudieran presentarse, optamos por la segunda, pues al menos estaria más de acuerdo con una recta justicia, pero ambas son viciosas: en una, hay mucho que suponer; en la otra, mucho que decir; preciso es no dejar nada que suponer, y por otra parte, es imposible decirlo todo.

En la cuestion de lesiones, existen infinidad de matices que deberian corresponder á una

penalidad gradual; mas como es impracticable establecer una distincion clara y precisa de la responsabilidad de un reo, de acuerdo con la extension, gravedad y daños que la lesion ha producido, ha sido necesario establecer ciertas bases de clasificacion en las que forzosa é irrecusablemente tienen que entrar todo género de lesiones. En esta clasificacion aparece de nuevo la penosa alternativa de que hemos hablado y en ellas se advierte vaguedad en las muy generales y confusion en las que pretenden precisarlo todo. La clasificacion de lesiones anterior á 1871, pertenecia á aquellas, y desde luego se advierte que el establecimiento de los artículos 527 y 528, fué motivado por la insuficiencia de detalles y el sinnúmero de casos no comprendidos en ella.

Aunque más científica que la clasificacion adoptada en Austria antes de las reformas hechas en 1852 y las del código prusiano, la clasificacion de las lesiones en *leves, graves por esencia, graves por accidente y mortales*, dejaba mucho que desear, por la confusion á que estos términos se prestan entre sí, y principalmente por la diversa extension que puede darse á cada uno de ellos.

Reformados los artículos 527 y 528 del Código penal, en Mayo de 1884, en el sentido de la especificacion de los daños materiales que producen las lesiones, la clasificacion se asemejó á la establecida en el código frances de 1791 reformado en 1810, en el que se habia hecho una verdadera tarifa del cuerpo humano, para establecer una pena diferente conforme el sitio y órganos interesados en una lesion, sin tener en cuenta otra cosa, que su resultado material como base única de la pena; mas en el sentido en que quedaron reformados los referidos artículos desde 1871, se comprende el tiempo en que el ofendido estuvo en la imposibilidad de trabajar, quedando concebido el artículo en los términos siguientes: "*Las lesiones que no pongan ni puedan poner en peligro la vida del ofendido, se castigarán con las penas siguientes:* I. Con arresto de ocho dias á dos meses y multa de veinte á cien pesos, con aquel solo, ó solo con ésta, á juicio del juez, cuando no impidan trabajar más de quince dias al ofendido ni le causen una enfermedad que dure más de ese tiempo."

¿Qué debe entenderse por heridas que no pongan ni puedan poner en peligro la vida?

La extension de estos términos es tal, que una misma herida puede ó no, poner en peligro la vida, segun las diferentes circunstancias que concurren en un caso dado y cuya enumeracion completa seria larga.

En efecto, es bien sabido que las heridas de la piel de la cabeza se complican más fácilmente que las que están situadas en cualquiera otra parte del cuerpo, de erisipela que puede adquirir el carácter de flegmon y en esas circunstancias poner en peligro la vida del ofendido; en tanto que si esa misma herida, en un individuo robusto, de temperamento no linfático, colocado en buenas condiciones higiénicas y atendido por un médico que conozca á fondo su profesion, curará sin que la vida del herido se encuentre en el menor peligro. El Dr. Liceaga, ponderando las ventajas de la antisepsia, se complace en referir un hecho que no es ciertamente nuevo entre nosotros, ni mucho menos en los hospitales de ultramar, pero que pinta hasta dónde se extiende el poder de la curacion y la higiene en la marcha de las heridas. Refiere que habiendo operado á una enferma de un pequeño absceso situado detrás de la oreja, á la altura del apófisis mastoide, puso una curacion antiséptica, no sin haber lavado perfectamente el foco y tomado todas las precauciones que exige una asepsia completa. Al cabo de tres dias volvió á ver á su enferma, y con grande sorpresa encontró que toda la cabeza estaba invadida por la erisipela; imputando tal accidente á alguna falta cometida en la curacion de la herida, descubrió ésta y observó, no solamente que la herida no habia dado márgen á la erisipela, sino que toda la superficie protegida por la curacion habia quedado *indemne*, lo cual prueba de una manera cierta que los conocimientos que hoy se poseen sobre la antisepsia en las heridas, pueden oponer una barrera infranqueable á ciertos estados infecciosos que complican y aun comprometen la marcha regular de las heridas. A tal grado llega actualmente esta cuestion, que no se vacila ya en abrir las cavidades abdominal y torácica, con el único y exclusivo objeto de *inspeccionar* los órganos contenidos en ellas, sin que tales incisiones exploradoras comprometan en lo más mínimo la vida del

paciente. La conviccion del Dr. Tobías Núñez (catedrático de Clínica en el Hospital Juarez), es tan grande sobre este particular, que le compelió á excitar á la Academia de Medicina á no considerar todas las heridas penetrantes de vientre como aquellas que ponen en peligro la vida del ofendido. Si esto no fuera así, ¿por qué los cirujanos de todos los países no tienen escrúpulo alguno en puncionar la pleura, penetrar á las meninges mismas, hacer verdaderas heridas penetrantes, y esto, no en un individuo sano antes de la lesion, sino en constituciones enfermizas, casi siempre escrofulosas ó minadas por un largo procesus supurativo?

Como estos pudiéramos citar innumerables hechos que demuestran de una manera patente que la marcha de las heridas ha cambiado completamente desde que se han adquirido los conocimientos necesarios para practicar debidamente la asepsia quirúrgica; y tales hechos no pueden ser desconocidos mas que de aquellos que, apegados á las añejas doctrinas, niegan é impugnan lo que la ciencia moderna ensalza y proclama.

Pero si esto es cierto, si la medicina posee hoy medios bastante poderosos, no solo para evitar complicaciones, sino volver inocentes, heridas que antiguamente comprometian la vida del individuo, tambien lo es que cuando por una causa ó por otra, el herido no se halla colocado en circunstancias favorables y no es atendido convenientemente, cosa que por desgracia se observa á menudo, las condiciones en que el herido se encuentra vuelven á ser las mismas que antes, las complicaciones pueden sobrevenir, y aun es raro que no sobrevengan y la terminacion puede ser fatal, sin que la responsabilidad del caso recaiga sobre el heridor, que, si es directamente responsable de la herida misma, no debiera serlo de las consecuencias que á ella siguen.

La impericia del médico, la falta de elementos pecuniarios para atender debidamente las heridas, las constantes infracciones á la higiene pública y privada, principalmente en las pequeñas poblaciones, ni pueden ni deben ser causa de agravacion de la pena de un delincuente, puesto que éste solo debe ser responsable de los daños físicos y morales que el herido haya sufrido, juzgados por la *intencion* con que fué inferida la lesion, mas no de las consecuencias que aquellas causas produjeron.

El espíritu del legislador es sin duda aplicar una pena al delincuente en relacion con los daños morales y físicos que resultan directamente de la herida, tales como la incapacidad de trabajar, el peligro de muerte, los sufrimientos que le ocasionó la herida y las complicaciones de ésta, siempre que sean una consecuencia directa de ella, puesto que en algunos casos la gravedad es puramente accidental.

"¡Cuántas causas accidentales, dice Ad. Chauveau, pueden atravesarse en un episodio de esta clase y modificar sus resultados! ¿El agente debe ser responsable de la constitucion débil de la víctima, de la casualidad que ha dirigido los golpes, de la herida que la víctima se hizo al caer, de la falta de asístencia, de la imprudencia del enfermo, de la impericia del médico?

¿Debe, al contrario, confiar en la buena constitucion del hombre á quien ha herido con pérfida intencion, en la habilidad del médico que ha sabido con sus cuidados aliviar su enfermedad? ¿No es evidente que la ley, haciendo abstraccion de estas circunstancias sustituye una justicia aparente á una justicia real y confía á la casualidad el cuidado de equiparar el castigo con la gravedad de la falta?"

Si pues, ni aun juzgada la gravedad criminal de una lesion, por los resultados que produce, es enteramente justo el castigo que se impone, mucho es ya agregar á esas causas de agravacion, las que son completa y absolutamente independientes de la lesion y del herido.

Sentados estos precedentes, examinaremos qué es lo que debe entenderse por lesiones *que no ponen* en peligro la vida, y estudiaremos en seguida cuáles son las lesiones que *no pueden poner* en peligro la existencia.

(Continuará).

DR. MANUEL BARREIRO.

Septiembre de 1888.

LITOTRICIA.

Camilo Hernandez, natural de México, de 45 años, de temperamento sanguíneo y de oficio labrador, refiere que hace seis años sentó plaza en un cuerpo de rurales que fué consignado á Mazatlán. Allí contrajo el vómito, enfermedad que á la sazon se desarrollaba por toda la costa del Pacífico; pero tuvo la fortuna de que afectara en él una forma benigna y, por lo tanto, que pronto curase. En la niñez padeció, por espacio de un año, de tenesmo vesical y retencion de orina, de cuyas afecciones quedó sano. A los 22 años sufrió de una blenorragia y de un bubon inguinal supurado. El año de 83 recorrió la sierra de Sinaloa, teniendo con frecuencia que hacer grandes jornadas á caballo. Desde entonces notó los primeros síntomas de su enfermedad, consistiendo en tenesmo vesical y rectal que se exageraban cada vez que montaba á caballo; y como esto tenia necesidad de hacerlo diariamente y por muchas horas, sus sufrimientos eran constantes. El dolor aumentaba al fin de la miccion, que era frecuentemente interrumpida, obligándole á veces, para efectuarla, á tomar las actitudes más variadas, como pararse sobre un solo pié, colocarse en el decúbito supino, etc. Esta dificultad para la libre emision de la orina, comprendia que era ocasionada por algun obstáculo, y notaba perfectamente que dicho obstáculo se exageraba cuando hacia cualquier movimiento un poco brusco. Entonces se despertaba un vivo dolor que irradiaba del hipogastrio á la extremidad del pene y se extendia á toda la pared anterior del abdómen, produciéndole una sensacion que el enfermo llama *embaramiento*. El dolor no llegó, ni por la direccion, ni por la intensidad, á constituir un acceso de cólico nefrítico. La orina, por lo comun, ha sido transparente y de olor poco pronunciado; sin embargo, alguna que otra vez ha presentado un aspecto turbio y polvoso, lo que el enfermo atribuye al uso de agua lodosa; nunca ha sufrido de hematurias.

En 1884 solicitó y obtuvo su baja en el ejército; se retiró á Tepic, y sin someterse á ningun tratamiento médico, *y tan solo por el sosiego de que entonces disfrutaba, notó alguna mejoría;* pero al poco tiempo volvió el tenesmo, y la orina, hasta entonces límpida, se hizo mucosa. Consultó á varios facultativos y se sometió á diferentes tratamientos sin obtener mejoría notable, en vista de lo cual resolvió venir á esta Capital, en donde se le aseguró que sus achaques dependian de un catarro de la vejiga, y que en corto plazo quedaria curado.

Agotados los recursos de que disponia, y viendo que sus males no cedian bajo la medicacion impuesta, decidió curarse en el Consultorio de la Beneficencia pública, en donde se presentó el dia 19 de Agosto del presente año.

Exploracion el dia 20 de Agosto.—Meato y uretra bastante amplios, poco sensibles; pasó fácilmente la sonda núm. 25 de la hilera Charrière y tropezó en el bajo fondo de la vejiga con un cálculo que produjo el roce característico. Inyeccion, por la misma sonda, de 130 gramos de solucion bórica al 4 por 100 que fué perfectamente tolerada. Introduccion del litoclasto de Reliquet de rama hembra perforada, modelo número 2; con este instrumento se siente de nuevo la piedra que está móvil y colocada en el bajo fondo de la vejiga y hácia la izquierda. La sensacion de contacto que con la piedra produce el instrumento al deslizarse contra la superficie de aquella, siendo bastante limitada, hace presumir que el cálculo es pequeño; y, en efecto, entreabriendo el litoclasto, despues de apoyar su codo en el cuello vesical y deslizando la rama hembra hasta tocar la pared posterior, moví la rama macho, dándome ambas ramas una separacion de un centímetro. Repetí la maniobra inclinando las ramas hácia la izquierda y la separacion fué de $2\frac{1}{2}$ centímetros. Varias veces tomé el cálculo y obtuve en todas las mismas medidas: la vejiga siempre presentó notable tolerancia. La próstata no puso obstáculo á la exploracion, por lo que deduje que estaba sana, lo cual confirmé por el tacto rectal.

Dados los antecedentes del enfermo, su excelente constitucion, la integridad del aparato renal y el pequeño volúmen del cálculo; la litotricia era la operacion indicada y no habia que pensar en ningun otro método de tratamiento. Juzgué tambien que era posible ejecutarla en una sola sesion, prefiriendo para ello el cloroformo á la cocaina, por no tener á mano esta sustancia y, sobre todo, por dis-

poner del tiempo y la calma bastantes: condiciones indispensables para quien ejecuta esta operacion por la primera vez.

Agosto 22.—Preparado el enfermo convenientemente, se procedió á la anestesia clorofórmica, que fué difícil de obtener, pues se necesitó de hora y media para llegar á la completa resolucion, no obstante que se habia inyectado al paciente un centígramo de morfina. En seguida se desinfectaron la vejiga y la uretra por medio de la solucion bórica; se introdujo el litoclasto, pero no se pudo, en esta vez, tomar el cálculo con la misma facilidad que en las anteriores, debido á contracciones vesicales que se despertaban al contacto del instrumento, lo que ocasionó la expulsion del líquido contenido por la vejiga. Al cabo de 25 minutos se llegó á tomar el cálculo en su mayor diámetro y, durante otros diez minutos, se hicieron 51 tomas, que daban cada vez menor separacion de las ramas; esto hizo suponer que la piedra se habia fragmentado en pequeñas porciones, siendo de notar, que no hubo necesidad de cambiar la direccion primitiva del instrumento, ni de sacarlo de la vejiga: bastó comunicarle ligercs movimientos de sacudida para evitar el que se atascara con los fragmentos remolidos.

Cuando tuve la seguridad de que la piedra estaba suficientemente triturada, imprimí algunas sacudidas á la pélvis del enfermo, á fin de desalojar los fragmentos menudos y alcanzar los que aún no estaban bastante divididos. Esta práctica no es teórica, como se podria creer, puesto que, despues de ejecutada, ví las ramas separarse más de lo que antes lo estuvieron.

Por fin, llegaron las ramas del instrumento á juntarse en varias ocasiones, dándome esto la certidumbre de estar concluida la fragmentacion.

Extraido el litroclasto, presentó en su extremidad un pequeño coágulo y arena menuda entre los dientes de la rama macho. Despues se lavó la vejiga por medio de la sonda de Mercier; salieron dos ó tres fragmentos del cálculo, de los cuales uno tenia como dos milímetros de diámetro.

Viendo que el lavado era insuficiente, tuve que usar el aspirador de Thompson por medio del cual obtuve, en 14 impulsiones de la pelota, algunos pequeños fragmentos y menuda arenilla. La aspiracion duró 20 minutos, porque hubo necesidad de desmontar el aparato para lavarlo, á causa de haberse depositado en la pera gran cantidad de arenilla, fragmentos un poco voluminosos y otros que descendian al receptáculo de vidrio, así como por temor de que refluyeran á la vejiga porciones que ya habian descendido. Hago notar esta particularidad, porque confirma la idea de que los aparatos aspiradores, á pesar de sus perfeccionamientos, dejan aún algo que desear.

Limité el número de aspiraciones, por ser insignificante la cantidad de arenilla obtenida en las últimas, y porque podia ser expulsada en los dias subsecuentes con la miccion y usando de inyecciones vesicales.

Este último tiempo de la operacion, fué muy bien tolerado por la vejiga, pues no dió la menor hemorragia.

En resúmen, la operacion duró (sin contar la hora y media empleada en obtener la resolucion muscular y en apagar los reflejos vesicales), 55 minutos repartidos así: 25 para buscar el cálculo, 10 para fragmentarlo y 20 para aspirar los fragmentos.

El cálculo, compuesto de fosfato de sosa, pesó, ya seco, 6 gramos.

La orina, sanguinolenta al principio, se hizo rosada en los dias subsecuentes, hasta llegar el sexto dia á ser transparente, dejando con el reposo un pequeño depósito de moco.

La mayor temperatura fué de 37°,5 al tercer dia de la operacion.

El enfermo se quejó de un ligero dolor en el hipogastrio, así como de tenesmo vesical al fin de las micciones; sin embargo, éstas fueron más fáciles que antes de la operacion y en dos de ellas arrojó fragmentos pequeños del cálculo.

A los siete dias de operado se levantó y concurrió al Consultorio "Eduardo Liceaga." El dia 31 del pasado Agosto, con el fin de averiguar si quedaba algun fragmento, se le inyectó una pequeña dósis de cocaina y, despues de diez minutos, el lavatorio de ácido bórico. El Sr. Liceaga tuvo la complacencia de explorar al paciente, y creyó, lo mismo que algunas otras personas que allí se encontraban, que no se sentia ya ninguna porcion del cálculo.

Se aconsejó al enfermo el uso frecuente de las inyecciones bóricas.

DR. F. HURTADO.

REMITIDOS CIENTIFICOS.

NOVENA LAPAROTOMIA

Ejecutada por el Dr. Ricardo Fuertes.

Cistoma multilocular coloide del ovario derecho.—La Sra. B. H., de 42 años, alsaciana, multípara, de buena constitucion, consultó al Dr. Fuertes en el mes de Abril del presente año acerca de un padecimiento de la cintura que entonces la obligó á guardar cama.

Los datos que se recogieron son los siguientes: la enferma ha tenido cinco embarazos llegados á término; sus partos han sido felices, habiéndose verificado el último hace doce años; á la edad de 16 comenzó la menstruacion, que ha sido regular y sin causarle molestia alguna.

Cuando el Dr. Fuertes visitó por primera vez á esta enferma, la encontró en estado sub-febril y quejándose de dolores abdominales agudos, náuseas, vómitos é inquietud. El reconocimiento reveló: por la palpacion del vientre, un tumor de forma esférica que nacia detras del púbis y se dirigia hácia la izquierda ocupando casi todo el hipocondrio del mismo lado; su borde superior se sentia á dos centímetros abajo del ombligo. Se rectificó lo anterior por el tacto bimanual, sin que se pudiera encontrar en los anexos de la matriz, nada que pudiera dar la clave del cuadro sintomático que se advertia entonces.

El diagnóstico que se hizo por el momento fué: peritonitis parcial producida por las adherencias del tumor.

Combatido este estado por una medicacion apropiada, el Dr. Fuertes hizo saber á la enferma que mientras tuviera aquel tumor, estaria sujeta á reincidencias frecuentes de la misma enfermedad; le explicó la necesidad de extraerlo y de aprovechar aquel momento en que el tumor aun no era demasiado voluminoso y no habia contraido grandes adherencias con los órganos circunvecinos, lo que hacia más favorable el pronóstico de la operacion.

Dijo además, que no teniendo ya nada que prescribirle, puesto que el tratamiento médico era de todo punto infructuoso, solo esperaba saber si se sujetaba ó no á la operacion propuesta.

La enferma se hizo reconocer por varios facultativos, y dos meses despues volvió á llamar al Dr. Fuertes para suplicarle que la operase.

Durante el tiempo que dejó de ver á la paciente el tumor habia crecido con gran rapidez al grado que su altura habia aumentado en 6 centímetros más, de lo que habia marcado dos meses antes. Demás de esto, alternativas de diarrea y constipacion, irregularidad en el flujo menstrual, varias peritonitis ligeras, cambio de carácter é inapetencia, síntomas que habian desmejorado visiblemente á la Sra. B. H.

Para completar el diagnóstico se le cloroformó y se le reconoció minuciosamente. Se practicaron dos punciones exploradoras con el objeto de reconocer la natureleza del líquido contenido dentro del tumor. Se extrajeron dos centímetros cúbicos de dicho contenido el cual fué reconocido cualitativamente y al microscopio por el Dr. Ignacio Magaña quien le encontró todos los caracteres de los líquidos coloides.

Con todos los datos recogidos hasta entonces se estableció el diagnóstico: quiste del ovario derecho, de contenido coloide, con adherencias ligeras por su época de desarrollo, multilocular. Pronóstico de la operacion: favorable.

Arreglada la pieza convenientemente, con todas las precauciones de antisepcia que el Dr. Fuertes acostumbra y que son bien conocidas del mundo científico por haber sido publicadas en un opúsculo que se titula "Cuatro laparotomías" dado á la estampa por su autor en 1886, se fijó el dia de la operacion para el dia 28 de Julio próximo pasado.

Preparados los instrumentos, las ropas desinfectadas, la enferma bien bañada y purgada, no fué posible operarla el dia convenido porque á las tres de la mañana se presentó el flujo menstrual.

Cuatro dias despues del periodo, se sometió á la enferma á los baños fenicados que tomó los dias 1º 2 y 3 de Agosto. El dia 2 se le suministró un purgante enérgico á fin de tener completamente limpio y vacio el tubo intestinal, obligando á la paciente á permanecer desde el primer dia en la cama. El dia 3, víspera de la operacion, no se le permitió tomar ningun alimento sólido y se le sometió al tratamiento del bismuto y la morfina:

Bismuthi sub-nitrici.............. 3,00
Morphi hydrochlorici............ 0,02

M. D. in quator partes æquales á tomar en el dia á fin de relajar el intestino, lo que tuvimos el gusto de ver realizado en el momento mismo de la operacion.

El 4 de Agosto, reunidos en la casa núm. 12 del callejon del Espíritu Santo los Dres. Ricardo Fuertes, Tomás Noriega, Ignacio Magaña, Rafael López, Francisco Güemes y el que suscribe, se dió principio á la operacion á las 10 y 10 de la mañana, habiéndose retardado hasta esa hora, porque la mañana estaba fria y nebulosa.

Despues de cloroformada la enferma (se le colocó en posicion clásica alemana), sobre la mesa Martin, y en seguida, previo lavado con ether y ácido fénico se dividió la pared del vientre en una

extension de diez centímetros comenzando abajo del ombligo; se descubrió el tumor envuelto por el gran epiplon, el cual estaba muy congestionado y fuertemente adherido á él; se desprendieron con el mayor cuidado las adherencias que le unian al intestino, no pudiéndose hacer lo mismo con las que le unian al ligamento lateral derecho, las que hubo necesidad de ligar y dividir en todo su espesor comprendiendo la mitad de la trompa derecha.

En el momento de extraer el tumor hubo eventracion intestinal; las asas del intestino se envolvieron en lienzos bien calientes que de antemano se tenian preparados.

En este momento pudimos apreciar la eficacia del tratamiento previo del bismuto, puesto que la masa intestinal no salió por completo de la cavidad del vientre, y si hubo eventracion, fué ocasionada por el operador que para ver y desprender las adherencias, necesitó de esta maniobra. La relajacion del intestino era tan completa que no presentó dificultad alguna al retenerlo bajo los lienzos que lo cubrian.

Tomado el quiste con una pinza de forcipresura, se le aplicó fuertemente contra los labios de la herida; en seguida se dividió con el bisturí segun el método de Martin para dar salida á su contenido que eran proximamente 3 litros de un líquido gelatinoso, coloide, de un color citrino: esto vino á ratificar el diagnóstico hecho, segun los datos suministrados por el análisis del Dr. Magaña.

Como la herida que el operador habia hecho en las paredes del vientre era pequeña para dar salida al quiste, hubo necesidad de ampliarla en una extension de dos centímetros por la parte superior, por temor de que haciéndola hácia abajo, se alcanzara la cavidad peritoneal de Retzius.

Como quiera que el epiplon cubriese por completo al quiste y se encontrara muy inflamado; y como por otra parte, habia sufrido un gran maltrato en el momento de la operacion, hubo de resecarse en sus dos terceras partes, dejando el pedículo perderse en el abdomen. El pedículo del tumor, formado por dos cuerdas paralelas; el oviducto y el ligamento del ovario, dejando en su intervalo una excavacion alargada, fué ligado con cuatro hilos dejando todo ello dentro del vientre.

Se colocó una gran esponja dentro de la cavidad abdominal, para evitar la eventracion y defender las asas intestinales, mientras se ponian las suturas de la herida abdominal. Seis puntos profundos y otros tantos superficiales, bastaron para cerrar la herida, antes de lo cual se extrajo la esponja.

La operacion fué hecha *exangüe*, pues la enferma no perdió ni tres onzas de sangre, habiéndose puesto solamente una pinza de Pean en el borde superior de la herida abdominal.

Concluida la operacion se le puso una curacion iodoformada, un vendaje apretado, y se le transportó á un lecho bien caliente y desinfectado.

La duracion total de la operacion fué de 40 minutos desde el momento en que comenzó la accion clorofórmica hasta poner á la enferma en su cama, habiendo ingerido solamente una onza de anestésico; gracias á la gran habilidad que posee el Sr. López para manejar el cloroformo.

Copio aquí el diario que seguimos en la casa de la operada:

Dia 4 de Agosto (dia de la operacion).

Temperatura antes de la operacion:

,,		36°7	Pulso,	68.
,,	11 A. M.	—35°5	,,	50.
,,	2 P. M.	—37°5	,,	60.
,,	12 P. M.	—37°5	,,	70.

Vómitos biliosos ligeros, orina espontánea á las 4 P. M. abundante; sueño ligero. Orina abundante en el resto de la noche. Alimento: dos cucharadas de leche con agua.

Dia 5

Temperatura á las	3 A. M.	—37°8	Pulso,	76.
,,	8 ,, ,,	—38°3	,,	78.
,,	3 P. M.	—37°6	,,	74.
,,	12 ,, ,,	—37°5	,,	72.

Siguen los vómitos biliosos, orina abundante y espontánea, sueño regular. Alimentos: leche helada cada 4 horas y champagne en los intermedios. Pocion de Rivière. Tos ligera.

Dia 6.

Temperatura á las	3 A. M.	—37°6	Pulso,	80.
,,	8 ,, ,,	—37°7	,,	80.
,,	3 P. M.	—38°1	,,	84.
,,	12 ,, ,,	—37°6	,,	76.

Ligeros cólicos y movimientos intestinales, ORINA SANGUINOLENTA, MANCHAS DE SANGRE ROJA EN LOS LIENZOS, VENTOSIDADES, SURRUIDOS, durmió bien. Alimentos: ½ taza de leche cada 3 horas, champagne.

Dia 7.

Temperatura á las	3 A. M.	—37°2	Pulso,	82.
,,	8 ,, ,,	—37°1	,,	80.
,,	3 P. M.	—37°3	,,	80.
,,	12 ,, ,,	—37°1	,,	78.

Siguen los movimientos intestinales, evacuaciones de gases; *la hemorragia colateral continúa*, orina abundante. Se le administró un ligero purgante de ricino. Alimentacion, la misma.

Dia 8.

Temperatura á las	3 A. M.	—37°2	Pulso,	82.
,,	8 ,, ,,	—37°1	,,	82.

Temperatura á las 3 P. M.—37°2 Pulso, 82.
,, 12 ,, ,, —37°2 ,, 82.

El purgante no obró y se repitió á las 6½ A. M. En la tarde ligeras evacuaciones verdosas; ventosidades y movimientos intestinales todo el dia. Orina abundante. Duerme perfectamente. Alimentos: champagne, leche y consomé.

Dia 9.

Apirexia y sin ningun accidente.

Dia 12.

Se levantó la curacion; la herida se encontró cicatrizada por primera intencion. Se quitaron los hilos sustituyéndolos por vendoletes. No habia una sola gota de pus, ni en la herida, ni en la curacion. Se le puso nuevo apósito.

Desde este dia la mejoría de la paciente se acentuó más y más, pudiéndose sentar en su cama el dia 17 y dejarla por completo el 19 del mismo mes, á los 16 dias justos de la operacion.

Hoy su estado general es muy satisfactorio, la facies ovárica ha desaparecido por completo y la enferma marcha sin ninguna dificultad y protege su cicatriz con un corsé especial que sostiene las paredes del vientre.

***

Importantes son las consideraciones á que este caso se presta, pues ellas nos dan una poca de luz sobre algunos puntos de la cirujía abdominal que actualmente están en controversia.

Mucho se ha hablado sobre la antisepsia en la *laparatomía* y en esta cuestion, como en otras muchas, se han emitido opiniones diametralmente opuestas que se apartan igualmente de la verdad.

Sin pretender exponer aquí todas las fases que han presentado estas discusiones, que aun están lejos de terminar, diremos solamente que todos los cirujanos están de acuerdo en la necesidad de la antisepsia y únicamente difieren en los detalles de su aplicacion. Esta antisepsia tendrá que ser más ó menos rigurosa segun el medio en que se halle colocado el operador. Así por ejemplo: en Europa y los Estados Unidos donde existen cámaras operatorias especiales, cuyas paredes, techo y suelo se prestan á un lavado antiséptico, y dedicadas exclusivamente á la *laparatomía*, se puede decir que se opera en un medio perfectamente aséptico; pero entre nosotros, donde la higiene pública y privada es un mito, en donde nuestros hospitales son una infraccion constante á las leyes más elementales de la higiene, la antisepsia deberá aplicarse en todo su rigor, y cuanto se haga para alcanzar este objeto, será loable.

La no aplicacion de los preceptos más elementales de antisepsia ha sido la causa de que notables operadores, inteligentes cuanto hábiles cirujanos, hayan comprometido su reputacion y desacreditado la cirugía abdominal.

Toca al Dr. Fuertes el honor de haber rehabilitado entre nosotros la *laparatomía*, y los felices resultados que ha alcanzado son debidos á la aplicacion exacta del método antiséptico.

El Dr. Fuertes, empapado en las ideas de la Escuela ginecológica alemana, á la cabeza de la cual se encuentran Schröeder y Martin, hizo sus primeras laparotomías usando del pulverizador antes y despues de la operacion. En el caso que nos ocupa, como se tenia la íntima conviccion de que la pieza y accesorios estaban perfectamente desinfectados, se suprimió por primera vez el Spray, pues se creyó de poca ó ninguna utilidad.

La *toilette* del peritoneo ha dado tambien lugar á muchas polémicas. El caso actual viene en apoyo de los cirujanos que dicen: el peritoneo absorbe con gran rapidez los líquidos, que como la sangre, el contenido coloide de los quistes, etc., etc., no estén mezclados á productos sépticos. Si la hemostasis es completa, si líquidos que provienen del quiste se derraman en pequeña cantidad dentro de la cavidad abdominal, lo más prudente es dejarlos, pues se reabsorberán, sin perjuicio alguno para la enferma, evitando así el enfriamiento de dicha cavidad y el colapsus consecutivo.

Ahora bien, si la cantidad de líquidos derramada es muy grande y la hemostasis no se puede hacer por completo, cosa que es muy frecuente, se canalizará por la vagina como si se tratara de un fibromioma uterino.

La presencia de líquidos (quístico, sangre), dentro de la cavidad peritoneal, no presenta inconvenientes, siempre que dichos líquidos se hayan hecho asépticos como lo comprueban las numerosas ovariotomías hasta hoy ejecutadas, en que se ha seguido para la ligadura del pedículo, el método intra-peritoneal. Sabido es de todos los cirujanos que por bien ejecutada que haya sido la ligadura de las arterias, así como la del pedículo, siempre se produce una trasudacion que dura algunas horas y preciso es que esa trasudacion se reabsorba, pues de lo contrario daria lugar á accidentes que es inútil enumerar. El peritoneo, que si bien es cierto ha perdido parte de sus propiedades absorbentes, conserva no obstante el poder suficiente para reabsorber el derrame.

Solo así se explica la ausencia completa de fenómenos inflamatorios despues de una operacion de tan grande importancia, y nuestro caso viene en apoyo de estas ideas.

No por esto debe pretenderse que siempre y por siempre se deje de hacer la *toilette* peritoneal; no, pero

sí que cuando el tumor sea de buena naturaleza, importa bien poco el lavado de la cavidad con tal de que el cirujano se preocupe de tener el menor tiempo posible abierto el vientre y de no maltratar los intestinos, pues bien conocidas son las fatales consecuencias que esto acarrea; tales son la muerte súbita (excepcional), el choc, (raro) y la debilidad y el enfriamento (frecuentes) fenómenos bastante serios para que se tengan en consideracion.

En nuestro caso, el tiempo que se tuvo abierta la cavidad abdominal fué de 30 minutos, tiempo apenas el suficiente para ejecutar operacion de tan alta importancia.

Antes de concluir, quiero fijar la atencion sobre un detalle importante, que viene á corroborar lo antes dicho, á saber: la reseccion de las dos terceras partes del gran epiplon, que en el caso presente tuvo que hacerse por las malas condiciones en que se encontraba la serosa, quedando por lo tanto un gran pedículo y una superficie absorbente mucho más limitada que en los casos ordinarios.

DR. ARMENDARIZ.

EL BRAIDISMO EN LA PICOTA.

"Vous qui avez réfléchi sur les phases de votre existence physique et morale, interrogez votre expérience et demandez vous si les sentiments ne se règlent pas sur les idées, bien plus que les idées sur les sentiments."

Máxima imperecedera, pensamiento profundo del Baron de Feuchtersleben, Profesor de la Facultad de Medicina de Viena, que ha venido á encontrar una prueba sólida y una demostracion tangible en el editorial que con el título que encabeza estas líneas, ha publicado en el núm. 11 de la *Revista Médica de México* mi apreciable compañero el Sr. Dr. Juan María Robriguez.

Indudablemente que bajo la influencia de los sentimientos tan nobles como generosos que abriga, y claramente ha manifestado respecto al presente y porvenir de nuestra bella cuanto desgraciada patria: que vivamente impresionado al tomar en cuenta los factores que de una manera terrible se acumulan, minando en su base y tendiendo sin cesar al derrumbe de nuestro edificio social: que apreciando bajo una sana filosofía las aterradoras consecuencias que deben deducirse de premisas tan desconsoladoras, como las que por desgracia presenciamos en la actualidad: indudablemente, repito, que en el acto despues de leer el artículo referido, se ve que más que la intelegencia, han predominado en su formacion las facultades emotivas de un hombre de corazon bien puesto.

Conste de una vez por todas, que en materia de aquellos sentimientos y deseos, estoy en todo de acuerdo con mi apreciable comprofesor; pero que en la cuestion que nos ocupa y en la discusion que va á seguir, tengo el disgusto de encontrarme en el polo opuesto: que espero convencerlo en el terreno de la teoría, y lo que es más en materia científica, patentizarle varios hechos.

Voy á hacer suscintamente el análisis del artículo en cuestion. Dos son los puntos de apoyo en que se basa: 1º, lo concerniente á Europa; 2º, lo que toca á México.

Estudiemos el 1º Algo del opúsculo del Dr. C. James. La gran explanada en que dicho señor colocó la terrible batería con que ataca al Braidismo, es un periódico (no científico) *Le Matin:* claro está que el antiguo colaborador de Magendie, erró en este negocio el camino, eligiendo por punto de partida uno muy falso, pues en materia de medicina tienen que ser falsas las apreciaciones de un periodista por ilustrado que lo supongamos, siempre que no sea médico, y como á nosotros no nos consta que el redactor ó *reporter* de *Le Matin* lo sea, rechazamos desde luego su desautorizada voz en este asunto.

Algo se ha dicho ya sobre esto, lo insertamos textualmente:

"*El Hypnotismo y la Prensa.*—Sucede comunmente que los *reporters* asistiendo á los cursos dados por los médicos sobre hypnotismo, adornan sus relaciones con apreciaciones inexactas."

"Abundan en éstas los productos de la fantasía, y con ellos conmueven la opinion pública más de lo justo, en perjuicio de la verdad de los hechos."

"El Profesor Richet, en la *Revista Científica* que dirige con tanta autoridad y tino, expresa su opinion de la manera siguiente, sobre la intervencion de los periodistas en los debates científicos."

"Ellos han juzgado, apreciado, examinado y decidido. Y sin embargo, la medicina, la fisiología, la psicología no se aprenden en el entresuelo de un bufete de redaccion: son cosas arduas, científicas, difíciles, que exigen para ser comprendidas, largos y profundos estudios y un trabajo de muchos años."

"La desgracia es que en materia de hypnotismo y magnetismo, todo el mundo se cree capaz de emitir una opinion."

"¡Bizarra ilusion! si se tratase de un diagnóstico de microbios ó de un análisis espectroscópico, estos jóvenes se reconocerian incapaces de dar un juicio sensato; pero parece que cuando se trata de los fenómenos más delicados y más oscuros de la psicología fisiológica, tienen derecho á la competencia. Por nuestra paate, creemos que abusan. Pero no es falta suya y nadie tiene derecho á tachar su conduc-

ta. Se les convida á asistir á las experiencias.... luego tienen el derecho de exámen y el de apreciacion."

"....El periodismo nada tiene que hacer con la ciencia. Diria casi otro tanto de las comisiones académicas que pretenden decidir, por mayoría de votos, si un hecho es verdadero ó falso. Tal hecho lo seria únicamente, porque ha podido reunir mayor número de votos."

"Plegue á Dios que no se crea que queremos hacer de la ciencia un templo misterioso é inaccesible, abierto solo para los iniciados. No, seguramente no; pero un sabio debe ser creido por su sola palabra, tan luego como los detalles que dé, y que debe siempre dar, sean suficientes para traer la conviccion. Tanto peor para él, si no llega á convencer. En estas condiciones las demostraciones públicas no prueban nada y sí lo comprometen todo."

Como poeta descriptivo, ó cuando menos como cronista, estaria muy bien en su lugar el Dr. James al escribir la parte del opúsculo que conocemos por la traduccion é insercion que de ella hizo en el final de su artículo el Sr. Compañero Rodriguez; pero como médico, y sobre todo, como un médico ilustrado que debe suponerse sea el antiguo colaborador de Magendie, se ha rebajado notablemente.

Y lo peor que no es solo nuestra opinion, sino que parece que prediciendo esto, el Dr. Fúster y Fernandez, en un prólogo que inserta en la version española que hizo de la obra de Bourru y Burot, titulada la "Sugestion mental," dice en la página IV lo que sigue:

"Mas como negar por sistema es más fácil y cómodo que ahondar un problema científico, y más si es tan intrincado como el que tratamos, muchos, antes que emprender estudios serios que los pongan en camino de resolver la realidad ó falsedad de un punto científico en cuestion, prefieren combatirlo por el lado del ridículo, y creen que con rebuscar unas cuantas frases de efecto, y aplicarlas con picaresca intencion le han dado el golpe de gracia, sin tener en cuenta que el que así obra, está en peligro de ser herido con las mismas armas que esgrime."

"En todo lo referente al hypnotismo y accion á distancia de los medicamentos, sucede hoy mucho de esto, viéndose hasta en periódicos profesionales artículos encaminados á ridiculizar ambos procedimientos, cuya lectura, cuando menos hará sonreir con desden á todo lector desapasionado y juicioso, pues los asuntos que á la ciencia se refieren deben tratarse de un modo más serio y levantado."

Deplorable es por cierto ver que el Dr. James ha elegido, para combatir á Profesores tan eminentes como Charcot y Luys, un estilo que no corresponde ni al asunto de que se trata, ni á los hombres en él comprometidos.

De todos los médicos del mundo son conocidos los trabajos que ambos han emprendido sobre anatomía, fisiología, y patología del sistema nervioso. Notables son tambien las obras que en diversos otros ramos se han publicado, los adelantos que han llevado á término en las nuevas vias de estudio, de investigacion, de diagnóstico y tratamiento de ciertos syndromas no bien definidos antes. Y aun suponiendo una quimera sus estudios sobre hypnotismo, debiera aquel señor no emplear la clase de crítica que ha empleado, siquiera fuese en atencion al profesorado.

Jamás haremos la ofensa al Dr. Luys de creer que ha tergiversado su camino, transfigurando el noble ejercicio de nuestra profesion, en el de un traumaturgo vulgar ó el de un funámbulo despreciable: jamás lo calumniaremos, llamándole ligero al tratar de recoger los aplausos de una multitud ignorante, queriendo aparecer ante ella como dotado de conocimientos sobrenaturales, cuando bastantes triunfos ha obtenido en el seno de las Sociedades científicas, en el estadío de la prensa profesional, en las clínicas á la cabecera de los enfermos, y por último, en la plancha del anfiteatro; pero si por una de esas aberraciones de la humanidad, hubiese llegado á hacerlo, como lo enseña el Dr. James apoyándose en la descripcion que hace el redactor de *Le Matin*, lo deplorariamos amargamente en nombre de la moral médica humillada, y en el de la reputacion del mismo Dr. Luys menoscabada; pero nunca llegariamos á trazar la caricatura de este hecho con la cínica pluma de un Paul de Kock y de un Emilio Zola, y mucho menos á ilustrarla con la asquerosa música de un Offenbach.

No podemos estar interiorizados de lo que allende los mares pasa en familia entre aquellos profesores; pero no tememos equivocarnos al entrever en todo esto, como causa muy probable, el estribillo que tan á menudo usa el Dr. Burggraeve:

"Invidia medicorum pessima invidia."

No conocemos del opúsculo citado mas que la parte que acabamos de combatir y una frase que el Sr. Compañero Rodriguez cita como una sentencia: "Que la histeria suscitada por la sugestion hypnótica, es la *histeria libidinosa.*"

Dos versiones admite la frase que antecede. La primera, genuina, textual, puede amplificarse así: "Una vez colocado el sugeto en estado hypnótico, si se le sugiere el desarrollo de la histeria, debe ésta presentarse con el carácter de *libidinosa.*

En este sentido la proposicion, por muy absoluta, es falsa enteramente.

Si yo asiento que: el delirio provocado en el periodo de excitacion del cloroformo, es un delirio caprológico, asentaré una falsedad, pues de que alguno ó algunos sugetos sometidos á aquel agente, lo presenten, no debe seguirse necesariamente su presencia en todos.

Ha habido aquí, en este sentido, errores crasos por parte del Dr. James.

Comenzó con una idea errónea, tomó la de *modo ó adjetiva*, como la idea de *cosa ó sustantiva*.

Cometió un *sofisma de deduccion, fallacia supponentis*, concluyendo así: "todo sugeto atacado de histeria libidinosa, tiene histeria; luego un sugeto atacado de histeria, la tiene libidinosa.

Siguió con un *error en las inclinaciones*. (b.) Exceso ó falta de *curiosidad*, amor á la novedad y *repugnancia á la novedad*.

Y por último, tal vez formuló un sofisma del corazon.

Creo, tanto por lo que he leido en autores tan respetables como Charcot, Luys, Bernheim, Bourru, Berillon, Dumontpallier, Liebault y Voisin, cuanto por lo que he visto en mis experiencias, que en algunos, no en todos los sugetos, se pueden producir afecciones similares á algunas nevrosis, ó al menos algunos de los fenómenos de órden reflexo, por medio del hypnotismo y sobre todo de la sugestion.

He producido con ambos, contracturas y parálisis psíquicas, y las he hecho desaparecer á mi voluntad: he podido lograr la dyscromatopsia y el entorpecimiento del oido: he presenciado la hyperesthesia en determinadas regiones, he hecho cesar en una sola sesion alucinaciones de la vista y del oido, y por último he dominado instantáneamente el intenso dolor de una *angor pectoris*, haciendo cesar tambien instantáneamente las convulsiones de una *hystero-epilepsia* que acompañaba ó más bien era la causa del *angor*.

Esto me inclina á creer que desde el momento en que á un sugeto á propósito se hiciere la sugestion de contraer la histeria, el operador seria obedecido y la afeccion vendria con un cortejo más ó menos completo de síntomas: aun hay más, si se insistiere en sugerir los signos *característicos* de la libidinosa, aparecerian...... pero es el momento de hacer una pregunta.

¿Qué médico que tenga conciencia de lo que vale en sí la profesion, que estime como es debido la moral médica y la sana moral, querria desempeñar el inmundo papel de sátiro para venir á producir la histeria libidinosa y como resultado final el espasmo cínico?

Creo que ninguno.

Además, tengo la conciencia de que entre los infinitos tintes que presenta la histeria simple por una parte, y la libidinosa propiamente dicha, hay un conjunto de signos que nos permite distinguir francamente una de la otra, y seria resucitar un error perfectamente combatido, el creer que toda histeria tiene fatalmente que traer consigo el degradante calificativo de libidinosa.

V. Briquet en su tratado "Clínica de la Histeria," dice:

"Queriendo relacionarlo todo al ovario y al útero, en todas partes se ha hecho de la histeria una enfermedad lúbrica, una afeccion vergonzosa, propia para hacer considerar á las histéricas, como objetos que causan á la vez disgusto y compasion."

Niemeyer, en la página 412 del tomo 2° de su patología, dice:

"Pero es mostrarse tan frívolo como exclusivo, y muy poco dotado de penetracion en lo que concierne á la naturaleza de la mujer, querer sin guia y sin razon, atribuir á la excitacion de las pasiones genitales, ó á una satisfaccion anormal dada á estas pasiones, todos los casos de histeria en los cuales es imposible hacer patentes lesiones de textura de los órganos genitales, como causa de la enfermedad. Me siento ciertamente libre de optimismo, y me inclino más bien á una manera de ver contraria; pero jamás creeria que todas las viudas y todas las señoritas de edad avanzada, que sufren ataques marcados de histeria, pero exentas de alteraciones de textura de los órganos genitales, sufran la pena de una lubricidad contenida, ó de una satisfaccion anormal concedida á esta pasion. Debe aceptarse la opinion de Hasse, que expone la etiología de la histeria con tanta dignidad como sagacidad, cuando atribuye la frecuencia de esta enfermedad en las mujeres sin hijos, en las viudas y en las solteras avanzadas en edad, pertenecientes á las altas clases sociales, á *influencias psíquicas*, más bien que á las físicas."

Al enumerar la opinion de los autores que acabo de citar, no ha sido otra mi intencion, que la de oponer á los calificativos honrosos que emplea mi apreciable compañero el Sr. Rodriguez, para el Dr. James, llamándolo leal y competente, los mismos calificativos aplicados á los Dres. Briquet y Niemeyer, no por mí, sino por todos los escritores de nota, agregando para el último, el muy notable de *imparcial*, pues á pocas fojas de la que cité, en el tratamiento de la histeria, viene flagelando de una manera terrible los procedimientos magnéticos en la curacion de esta nevrosis.

Se ve por lo dicho que cuando menos, ha estado muy ligero el Dr. James, al asentar la proposicion

que discutimos, siempre que se le considere bajo la primera version.

La segunda, si así lo quiso decir el Dr. James, aunque muy forzada, es la siguiente:

"Los signos que presenta todo sugeto en estado de hypnotismo, son los de la histeria libidinosa."

Si la primera es falsa *per accidens*, es decir, por muy absoluta, la segunda lo es por esencia.

Tres casos bien distintos pueden haberse presentado al Dr. James y sobre alguno de ellos basar su errónea proposicion.

Sea el primero: no haber estudiado con detenimiento, sujetándose en todo á las reglas estrictas que demanda un buen método de experimentacion, los tres periodos clásicos del hypnotismo, segun la Escuela de la Salpetrière, ó los más numerosos que admite la de Nancy.

Sea el segundo: no haber visto en su larga carrera práctica un caso completo de histeria libidinosa.

Sea el tercero: haber presenciado los p riodos hypnóticos en algun sugeto, que por condiciones especiales, presentara algunas convulsiones, acompañadas de movimiento de propulsion de la pélvis, y algunos otros signos de la histeria que nos ocupa, y de la observacion de ese caso, generalizar sus deducciones.

Cualquier profesor que haya practicado un regular número de hypnotizaciones, que en el momento de practicarlas ya en hombres viejos, adultos ó niños, ya en mujeres de todas condiciones, desde la viuda, la casada y la soltera, hasta las niñitas de seis años, haya observado la calma, la tranquilidad retratadas en el semblante: la respiracion lenta, profunda y regularizada: la circulacion en el más perfecto estado de rithmo y de tension arterial, no puede menos que reconocer en aquel estado, uno de pasividad, de quietismo, de descanso, ó bien si se quiere de agotamiento, pero que está muy lejos, lejísimos, de esta tempestad, de esta lucha entre la inervacion cerebral y la medular, traducida fielmente á nuestra vista por esas decoordinaciones de la inteligencia, de la motilidad y de las funciones sensitivas y sensoriales.

Solo al principio de la hypnotizacion por el procedimiento de la fijacion de la mirada, y esto en un número muy reducido de casos, se observa un strabismo convergente, acompañado de algunos movimientos de deglucion, de una poca de ansiedad en los movimientos respiratorios y de algunos otros signos de ligera inquietud.

Usando el de la presion de los pulgares, tambien en un corto número de sugetos, se observan algunas contracturas de los tendones y á veces ligeras contracciones fibrilares de los músculos.

Por último, en el de la presion en la parte posterior de la base del cuello, se suele notar una ligera propulsion del cuerpo hácia atrás, y una pequeña rigidez de la espina, señal casi segura de que el individuo es hypnotizable.

Ahora bien, cualquiera de los fenómenos que acabo de enumerar, es fugaz y prontamente reemplazado por los primeros signos del sueño hypnótico, que momentos despues viene á calmar esos pequeños signos de excitacion ligera y moderada.

¿Qué hay de comun entre estos ligeros signos de excitacion y las horribles convulsiones de la histeria y sobre todo de la histeria epileptiforme que es en la que algunas veces se notan las de la libidinosa?

No queremos ofender al Dr. James creyendo que ha cometido el sofisma de *Ignoratio elenchi*, pero al mismo tiempo abrigamos la conviccion, de que el error proviene del que se conoce con el de *repugnancia* á la *novedad*, ó al que tan elegantemente se ha descrito bajo el nombre de sofisma del corazon.

El segundo caso debe descartarse: no es posible que en su larga práctica el Dr. James, no haya visto un caso tipo de la histeria libidinosa.

El tercero, no necesita refutacion.

Desgraciadamente no tenemos á la vista el opúsculo en cuestion: ya nos lo procuraremos para estudiarlo debidamente; tal vez ese estudio nos convenza de lo contrario, pero por ahora damos punto á nuestra tarea: próximamente seguiremos con el editorial, para refutar en él lo que deba, segun nuestro juicio, refutarse, y concediendo lo que en justicia deba concederse.

Córdoba, Septiembre 8 de 1888.

CUTBERTO PEÑA.

REVISTA EXTRANJERA.

FISIOLOGIA.

FISIOLOGÍA DEL NERVIO FRÉNICO. — A propósito de cierto duelo político ocurrido en Francia, los periódicos se ocuparon en emitir multitud de cosas extraordinarias sobre la fisiología del nervio frénico.

El Sr. G. Heinricius ha estudiado recientemente la cuestion y asienta que: la seccion de los dos nervios frénicos no produce la muerte mas que á los conejos muy jóvenes. En los adultos, sobreviene necesariamente la parálisis del diafragma; pero la respiracion costal basta para mantener la vida. La seccion de un solo nervio frénico, provoca la parálisis diafragmática unilateral; pero la otra mitad del músculo continúa funcionando sin que haya aumento de actividad en los movimientos respiratorios. Seccionado el segundo nervio frénico, la res-

piracion se restablece despues de algunos espasmos; el diafragma queda pasivo y animado de movimientos contrarios á los que posee en la respiracion normal, es decir, se eleva en la inspiracion y se abate en la expiracion.

En cuanto al corazon, se produce una diminucion del número y aumento de fuerza en las pulsaciones, lo cual atribuye el Sr. Heinricius á la dispnea y á la accion del acido carbónico sobre el nervio vago; estas modificaciones desaparecen si se practica la respiracion artificial.—(*Revue Scientif.*)

ACCION DE LAS SUSTANCIAS ANTIPIRÉTICAS SOBRE LA TRANSFORMACION DE LA GLICÓGENA HEPÁTICA EN AZÚCAR.—Los Sres. Lepine y Porteret han establecido que los antipiréticos se oponen á la transformacion de la glicógena en azúcar.

Por las investigaciones emprendidas por los autores citados, en cochinitos de la India, con la antipirina y la acetanilida, han demostrado que los animales envenenados con estas sustancias, tienen relativamente, á los animales sanos, un exceso de glicógena muscular que varía del 28 al 20 por 100. Este hecho es importante para la teoría de la accion de los antipiréticos.

FISIOLOGÍA PATOLÓGICA.—El Dr. Luys, presenta un trabajo sobre el estado de fascinacion, determinado en el hombre por medio de superficies brillantes en rotacion (accion somnífera de los espejos giratorios de alondras).

Resulta de las investigaciones que verifica en estos momentos en el hospital de la Caridad, que la accion fascinadora determinada en las alondras por un espejo en rotacion, es susceptible de desarrollar fenómenos análogos en la especie humana, en ciertos individuos neuropáticos de uno y otro sexo. Basta, en efecto, poner en presencia de un espejo de alondra en rotacion, á un individuo neurópata cualquiera, para ver desarrollarse en él (á veces instantáneamente, otras, despues de 8 ó 10 minutos), un estado de sueño especial y progresivo que difiere del sueño natural por la circunstancia que el neurópata cae en catalepsia con anestesia del tegumento cutáneo.

Este estado de sueño engendrado por una incitacion mecánica, es tanto más profundo, cuanto que se prolonga más largo tiempo la accion del espejo giratorio. El despertar, se opera de una manera muy sencilla: basta frotar ligeramente los ojos del sugeto.

***

A este propósito, el Sr. Larrey cita una manera semejante de producir anestesia por un procedimiento llamado de "hipnotismo" aplicado á las grandes operaciones quirúrgicas. Tal procedimiento era puesto en práctica por un cirujano anglo-americano, James Esdaile, quien sustituia á la cloroformizacion, que le inspiraba algun temor, con el *mesmerictrancismo* (éxtasis magnético) que consideraba como el más inofensivo de los anestésicos.

Los extraordinarios hechos presentados por el Sr. Esdaile, fueron revisados por una comision oficial que confirmó sus aserciones.

***

Un hecho semejante se encuentra consignado en el *Bulletin de Thérapeutique* de 30 de Agosto, en una comunicacion concerniente á un caso de anestesia producida por sugestion en un individuo que, durante el sueño hipnótico, fué operado en Montevideo, de un lobanillo en la region frontal. Esta observacion fué publicada á pesar de las protestas del Dr. Cafari, miembro del Consejo de Higiene de aquella ciudad, quien tacha al hipnotismo de *inmoral* y *antireligioso!*

PATOLOGIA INTERNA.

HOSPITAL DE NIÑOS.

Clínicas de Julio Simon.

A propósito de los catarros, pneumonías, bronquitis y bronco-pneumonías siempre numerosas en invierno, el Dr. Simon ha creido útil llamar la atencion de los médicos, sobre los peligros á menudo ignorados de los vomitivos y los contra-estimulantes en esas afecciones.

Frecuentes son los errores, que, bajo este punto de vista, se cometen: el uso del kermes, el jarabe diácodo, el óxido blanco de antimonio, el cloral y la codeina, conducen constantemente á la adinamia de los niños de dos á cuatro años y á la muerte á los de una edad menor.

En la bronquitis capilar y en la bronco-pneumonía, nada autoriza al médico á usar de los vomitivos so pena de cometer una falta grave y exponer al niño á un peligro cierto. En estas circunstancias, el Dr. Simon aconseja levantar las fuerzas (á menudo extinguidas por la previa y oficiosa administracion de un vomitivo) con el alcohol y la aplicacion sucesiva de pequeños revulsivos sobre el pecho, es decir, vejigatorios del diámetro de una moneda de 5 francos repetidos todos los dias ó cuando menos cada dos dias, y mantenido durante tres horas ó tres horas y media solamente.

De esta manera, dice el autor, no solo no dañareis al niño sino que le sacareis del peligro. Aun más, los niños de dos á tres años, curan casi siem-

pre de una pneumonía, sin ningun tratamiento, curan *sua sponte*, mientras que por los vomitivos, terapéutica abominable contra la tos, la opresion y la dificultad de expectoracion, no llegareis mas que á deprimir, debilitar al niño y favorecer su muerte.

Cita el Dr. Simon para concluir, un caso de un hombre de 40 á 45 años á quien aplicó el siguiente tratamiento, para curarlo de una bronquitis generalizada: Kermes, antimonio, opio y revulsivos; el efecto fué tan desastroso que algunas horas despues encontró al hombre agonizante. Por indicacion del Dr. Jaccoud, se prescribió al enfermo el alcohol á altas dósis (100 gramos). Poco tiempo despues el enfermo sanó completamente; en una palabra, el paciente se salvó por el alcohol cuando moria por la terapéutica contra-estimulante y vomitiva.—(*Gazette des Hopitaux.* 30 Août 1888).

HOSPITAL DE LA PIEDAD.

Del reumatismo articular agudo, considerado como enfermedad general é infecciosa.— M. Jaccoud, con la mira de demostrar que el reumatismo articular agudo es una enfermedad general, no obstante su frecuente limitacion á las articulaciones, aduce las razones siguientes:

En el reumatismo articular, que desde luego afecta un carácter visceral, existen cierto número de caracteres absolutamente constantes que lo diferencían del reumatismo vulgar: hipertermia constante, sin remision; simultaneidad de fenómenos articulares y viscerales; larga duracion de los accidentes; fácil desaparicion de los fenómenos articulares fatalmente reemplazados por fluxiones viscerales.

Agrega, que no es raro observar durante los dos primeros dias y algunas veces la víspera del dia en que aparecen los accidentes, epistaxis y diarrea que no se encuentran nunca en el reumatismo vulgar.

Por último, cuando los accidentes viscerales faltan al principio, aparecen algo más tarde, pero á pesar de este retardo, la enfermedad sigue la misma marcha y sintomatología. Cuando los accidentes viscerales son primitivos ó simultáneos con los accidentes articulares, la difusion no es contingente ni fortuita, sino inherente á la esencia misma de la enfermedad.

El conocimiento de estos casos ha sugerido á M. Jaccoud, la idea que el reumatismo articular es, no solamente una enfermedad general, sino infecciosa á la vez.

Se funda en que solo en los estados infecciosos, se encuentran los caracteres que en el reumatismo articular presenta la curva termométrica, á saber: hipertermia, ausencia de remision y larga duracion.

Por lo demás, el aspecto que, en esta forma de reumatismo, presentan los enfermos, es tan grave que da la idea de un estado infeccioso.

Como para la pneumonía y la erisipela se ha tratado de establecer la dualidad en el reumatismo, dividiéndolo en infeccioso y no infeccioso; pero M. Jaccoud, rechaza tal distincion y no admite mas que diferentes grados de gravedad en un mismo estado infeccioso.

Aun se está en espera de la prueba microbiana, dice el autor citado, para poder juzgar de una manera definitiva la cuestion. Sin embargo, presenta varios casos en que se han encontrado microbios en las articulaciones y pericardio, pero principalmente señala la observacion de Pétrone que encontró en tres casos de reumatismos, el mismo microbio que Klebs ha descrito en la endocarditis reumática.

Para terminar, M. Jaccoud indica una prueba de la naturaleza infecciosa del reumatismo articular agudo, que concierne á la trasmisibilidad intra-uterina de la enfermedad al producto de la concepcion. Señala dos casos en que estando la madre afectada de reumatismo articular, el niño nació con fiebre (40°), rubicundez é hinchamiento de muchas articulaciones. El mal cedió con la administracion de 0°20 centigs. de salicilato de sosa durante ocho dias.—(*Gazette des Hopitaux*, 21 Août 1888).

LA LENGUA COMO GUÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS LESIONES VASCULARES INTRA-CRANIANAS.—El exámen de la lengua se limita frecuentemente á su cara superior, pero no se presta ninguna atencion á su superficie inferior. El Dr. Gillot asegura que esta porcion de la lengua presenta con frecuencia ciertos puntos de diagnóstico cuya alta significacion compensa el trabajo de examinarla.

En efecto, el estudio de los vasos raninos superficiales puede dar datos acerca de la circulacion intra-craniana.

En un individuo jóven y sano se advierte que las venas hacen prominencia bajo la membrana mucosa; pero por la influencia de la edad, ó como un resultado de la enfermedad, estas venas se dilatan y quedan tortuosas ó varicosas y las venillas y capilares se hacen perceptibles.

En muchos casos pueden observarse ligeras dilataciones semejantes á granos de arena en los vasos pequeños. Estas dilataciones pueden ser tan insignificantes que no puedan descubrirse sino por medio de la lente, pero frecuentemente se presentan á la simple vista como pequeñas proyecciones del tamaño de granos de mijo. Estas granulaciones pueden estar diseminadas ó presentarse en grupos de manera que figuran un racimo de uvas; están situadas ordinariamente á corta distanncia de la punta de la lengua en ambos lados de la línea média ó

cercà de la raíz del órgano. Su color varia de acuerdo con sus dimensiones, y el estado de la circulacion general, desde el rojo brillante al púrpura ó negro.

Estas proyecciones, dice el Dr. Gillot, son verdaderos aneurismas miliares causados por la exigüidad de espesor de las paredes de los vasos y son análogas á los aneurismas miliares de los vasos cerebrales.

El autor no cita esto como una simple analogia, sino como un signo de diagnóstico de la existencia de un estado semejante en los vasos del cerebro, ó por lo menos hace sospechar su existencia. La circulacion de la lengua tiene relaciones muy estrechas con la circulacion intra-craniana; las mismas influencias que obran sobre una, obran tambien sobre la otra; la inspeccion de la superficie inferior de la lengua, da pues indicaciones preciosas sobre la circulacion cerebral, tales como pudiera darlas el exámen del fondo del ojo, solamente que en aquel caso, el médico puede verificar dicho exámen sin necesidad de instrumentos ni conocimientos especiales en el uso del oftalmoscopio.

La causa de estos aneurismas miliares de la lengua y el cerebro, dice el autor, es la diatesis artrítica, puesto que no ha visto nunca tales dilataciones mas que en individnos atacados de artritismo, usando este término para expresar las manifestaciones de la gota, del reumatismo, la gravela y afecciones cardiacas.—*(Medical Record).*

DIAGNOSTICO DE LAS AFECCIONES GASTRICAS.—*(Philad. Medical Times).*

Síntomas.	Gastrodinia.	Dispepsia atónica.	Catarro gástrico.	Ulcera.	Cáncer.
Carácter del dolor.	Obtuso.	Obtuso.	Dolor quemante.	Lancinante.	Cortante.
Sitio.	Epigastrio.	Epigastrio.	Bajo el esternon.	Limitado á un pequeño espacio.	Epigastrio.
Aparicion.	Inmediatamente despues de ocmer.	Despues de 1 ó 2 horas.	Despues de 2 ó 3 horas.	Inmediatamente despues de comer.	Despues de 1 ó 2 horas.
Sensibilidad.	Algunas veces.	Nunca.	Nunca.	Frecuentemente.	Frecuentemente.
Vómitos.	Frecuentemente.	Nunca.	Algunas veces náuseas.	Frecuentemente.	Frecuentemente.
Hematemesis.	Nunca.	Nunca.	Nunca.	Frecuentemente.	Frecuentemente.
Lengua.	Limpia.	Limpia.	Sucia.	Limpia.	Variable.
Tumor.	Nunca.	Nunca.	Nunca.	Nunca.	Frecuentemente.
Sexo.	Con frecuencia femenino.	En ambos sexos.	En ambos sexos.	Casi siempre femenino.	Casi siempre masculino.
Edad.	Menos de 30 años.	En todas las edades.	En cualquiera edad.	Menos de 30 años.	Más de 40 años.

NOTICIAS VARIAS.

Convocatoria para optar al premio establecido por el Dr. Parada.

1ª La Escuela de Medicina de México, que desea fomentar los estudios médicos nacionales, hace un llamamiento á todos los médicos mexicanos y á los extranjeros que hayan ejercido por más de tres años en algun punto de la República para que aprovechándose de las filantrópicas miras del Dr. Parada, concurran á resolver las cuestiones siguientes:

"*¿Las formas francas del impaludismo en la República Mexicana, dependen de la existencia en la sangre de los hematozoarios descritos por Laveran?*

"*¿Las formas larvadas y perniciosas reconocen esa misma causa?*"

2ª Pueden tomar parte en este concurso todos los médicos mexicanos ó extranjeros con tal que éstos hayan ejercido tres años continuos en el país.

3ª Las Memorias relativas se remitirán á la Secretaría de la Escuela antes del 1º de Septiembre de 1889.

4ª Las Memorias vendrán escritas precisamente en español y sin firma. Con cada una de ellas se remitirá un pliego cerrado que contenga el nombre del autor y en cuya cubierta aparezca el lema ó contraseña que encabeza la Memoria.

5ª Dentro de los ocho dias despues de espirado el plazo que señala la base 3ª, se reunirá la Junta de Profesores, y el Secretario dará cuenta con el número de Memorias recibidas y sus respectivos pliegos cerrados. Incontinenti, se procederá á nombrar por escrutinio secreto y á pluralidad absoluta de votos, un Jurado especial compuesto de tres profesores propietarios ó adjuntos de la Escuela, á cuyo Jurado pasarán inmediatamente las Memorias recibidas, reservándose en la Secretaría los pliegos cerrados.

6ª Quince dias despues de nombrado el Jurado, éste señalará el tiempo que necesite para formar su dictámen, en la inteligencia de que tratándose de un asunto experimental, tendrá que comprobar por sí mismo la exactitud de los estudios prácticos anunciados en las Memorias.

7ª El dictámen de la Comision se presentará á la Junta de Profesores, en cuyo seno se harán dos lecturas en dos sesiones diferentes, siguiéndose despues la discusion y la votacion de la Junta.

8ª Los profesores de la Escuela que hayan tomado parte en el concurso, deberán excusarse con cualquier pretexto, de tomar parte en la formacion del Jurado y en la discusion y votacion de la Junta de Profesores, pues la infraccion de esta base bastará para nulificar el acto.

9ª El autor de la Memoria que la Junta de Profesores haya señalado como digna del premio, recibirá la cantidad de 600 pesos.

10ª Todas las Memorias que se presenten al concurso, sean ó no premiadas, pasarán á ser propiedad de la Escuela de Medicina, y los pliegos cerrados se inutilizarán, á no ser que los respectivos autores dispongan otra cosa.

México, Agosto 18 de 1888.—*Luis E. Ruiz*, primer secretario.

TIP. DE DUBLAN Y COMP.

VOL. I. México, Octubre 1º de 1888. NUM. 15

REVISTA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO BIMENSUAL DIRIGIDO POR EL DR. JOSE RAMOS.

COLABORACION:

Dres. R. Lavista, M. Carmona y Valle, E. Liceaga, J. M. Rodriguez, R. Fuertes, M. Alvarado, D. Mejía, J. M. Bandera, M. Dominguez, M. Gutierrez, San Juan, F. de P. Chacón, R. Vertiz, M. Cordero, F. López, F. Ortega y Fonseca, F. Hurtado, N. Vargas, J. Martinez del Campo, C. Tejeda Guzman, J. Villagrán.

DIRECCION Y REDACCION:
REFUGIO NUM. 15, ENTRESUELO,
DESPACHO DE LOS SRES.
E. DUBLAN Y COMP.
Administrador y propietario: Dr. Manuel Barreiro.
Apartado en el Correo núm. 619.

PRECIOS DE SUSCRICION:

EN LA CAPITAL
Por un mes.....................$ 0 50
Por seis meses..................... 2 50

EN LOS ESTADOS
Por un mes.....................$ 0 62
Por seis meses..................... 3 00

PRENSA EXTRANJERA QUE RECIBIMOS PARA LA FORMACION DE LA REVISTA:

"Gaceta Médica de Paris."—"Gaceta de los hospitales civiles y militares de Paris."—"Periódico de las Sociedades Científicas." — "Revista Científica." — "La Naturaleza." —"Gaceta Hebdomadaria."—"Revista de Medicina," de Bouchard, Charcot y Chauvau.—"Anales de las enfermedades de los órganos genito-urinarios."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Lúcas Championière.—"Periódico de Medicina de Paris," de Lutaud.—"Boletin de la Academia de Medicina."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Bruselas. — "El Electricista." — "El Tiempo Médico," de Filadelfia.—"El Registro Médico."—"El Mundo Médico."—"Anales de Ginecología," de Boston.—"La Lanceta," de Lóndres.

SECCION EDITORIAL.

LAS INOCULACIONES PREVENTIVAS DE LA RABIA

POR EL DR. EDUARDO LICEAGA.

Ha sido publicada por su autor una reseña de los trabajos hasta hoy emprendidos en México, sobre la profilaxia y tratamiento de la rabia, que tanto ha despertado la atencion del mundo médico desde 1881. Cábele la honra de haber iniciado en la República Mexicana el estudio de un descubrimiento á todas luces útil y benéfico para la humanidad; sus estudios experimentales, basados en el método propuesto por Pasteur, no dejan nada que desear bajo el punto de vista de la escrupulosidad y atencion que á ellos presta, y su talento y buen juicio médico garantizan abundantemente un feliz resultado en el fin que se propone.

Secundado hábilmente por los Dres. Agustin Reyes y Nicolás Ramirez de Arellano, cuya constancia y celo son bien conocidos, ha podido formar la Memoria á que aludimos, que fué leida en la Academia de Medicina de México y de la cual vamos á tomar los puntos culminantes y especialmente lo que se refiere á los estudios hechos en México.

El autor comienza por formar una reseña histórica de los trabajos de Pasteur, aludiendo á la comunicacion dirigida á la Academia de Medicina de Paris, de fecha 25 de Febrero de 1884, y cuyas conclusiones son las siguientes:

"1.ª La médula adquiere la virulencia antes que el bulbo.

2.ª Se encuentra tambien el virus en los nervios. (De antemano se conocia la virulencia de la saliva y de las glándulas salivares).

3.ª La virulencia se conserva en el encéfalo y la médula de los cadáveres de animales cuya putrefaccion se impide manteniéndolos á una temperatura comprendida entre 12° y 0°.

Establece igualmente que el virus encerrado en tubos sellados á la lámpara, se puede conservar durante dos ó tres semanas á la temperatura del estío.

4.ª Que el líquido céfalo-raquidiano lo contiene, pero que no es constante.

5.ª Que las tentativas de cultivo del virus rábico no han dado resultado.

Señala aquí que el hecho importante de que la inoculacion del virus rábico hecha en las venas ó en el tejido celular subcutáneo produce ordinariamente la rabia paralítica; pero que por este camino se puede obtener la rabia furiosa si el virus se emplea en cantidades *muy pequeñas*.

Que la duracion de la incubacion puede prolongarse mucho, inoculando cantidades pequeñas de virus; y diluyéndolo mucho, hasta cierto límite, la inoculacion puede quedar sin efecto.

6.ª El perro ó el conejo pueden presentar

los primeros síntomas de la rabia, suspenderse éstos y reaparecer largo tiempo despues.

7.ª Que estos hechos, que son raros en el perro y en el conejo, son más frecuentes en las gallinas, las que adquieren siempre la rabia caracterizada por parálisis, anemia, somnolencia y falta de apetito.

8.ª . . . .

9.ª La transmision del virus se hace por el sistema sanguíneo, como lo prueba la inyeccion intravenosa, pero se hace tambien por el sistema nervioso. El asunto capital de esta comunicacion es que Mr. Pasteur aplica al estudio de la rabia el descubrimiento que ha hecho de la atenuacion de los virus, de la produccion experimental de diversos grados de virulencia para un mismo virus, y el conocimiento de estos hechos á la profilaxia de muchas enfermedades."

Expone en seguida la base de atenuacion de la virulencia, en un párrafo transcrito de la comunicacion dirigida por el Sr. Pasteur á la Academia:

"La rabia es por excelencia una enfermedad virulenta. La naturaleza y los efectos de su virus se hallan rodeados de tal misterio, que se hace natural investigar si el virus rábico será susceptible de manifestarse con virulencias variadas. La experiencia nos ha demostrado que es afirmativa la contestacion á esta pregunta. A falta de otros métodos que están aún en estudio, hemos reconocido que el paso de un virus rábico por las diversas especies animales, permite modificar más ó menos profundamente la virulencia de este virus. Los conejos, los cullos, las gallinas y los monos son susceptibles de adquirir la rabia. Cuando por pasos sucesivos el virus ha alcanzado una especie de fijeza propia á cada raza, la virulencia de estos virus está lejos de ser la misma, y difiere sensiblemente de la virulencia de la rabia canina; virulencia que ha llegado al grado de fijeza que ahora tiene, despues de numerosos pasos de perro á perro, por mordedura, desde un tiempo inmemorial. Yo creo que no hay rabia espontánea.

"Poseemos al presente un virus que da la rabia al conejo en siete ú ocho dias con tal constancia, que se puede pronosticar, por decirlo así, con pocas horas de diferencia, la duracion de la incubacion, medida por un cambio en la temperatura ó por la aparicion de los primeros síntomas rábicos exteriores. Poseemos igualmente un virus rábico que da rabia á los cullos en cinco ó seis dias con la misma certidumbre en la duracion de la incubacion.

"Antes de llegar á la fijeza de que acabo de hablar en las diversas especies de animales, la virulencia varia sin cesar. Creemos que, para una misma especie, la virulencia está en razon inversa del número de dias de incubacion, siempre que todas las circunstancias sean iguales, principalmente en la proporcion del virus inoculado.

"He anunciado que existian en mi laboratorio algunos perros refractarios á la rabia, cualquiera que fuera el modo de inoculacion que se empleara. Puedo agregar ahora que son igualmente refractarios á todas las clases del virus rábico. En la última comunicacion á la Academia nos preguntábamos si esos perros eran naturalmente refractarios á la rabia ó si se habian hecho refractarios por las operaciones que habian sufrido anteriormente. Hoy podemos dar contestaciones más precisas á estas preguntas, aunque envueltas siempre en ciertas reservas.

"Me creo autorizado á afirmar que nuestros perros no eran refractarios á la rabia por su constitucion natural. Hemos encontrado, en efecto, el modo bastante práctico de obtener perros refractarios á la rabia en tan gran número como uno lo quiera . . . . . . Me limito por ahora á decir que el estado refractario lo obtengo por un sistema de inoculaciones de virus de diversas órdenes. Poseemos en este momento veintitres perros que pueden sufrir sin peligro inoculaciones virulentas.

"Poder hacer refractarios á la rabia á los perros, seria obtener una solucion de la cuestion de profilaxia, no solo en estos animales sino tambien en el hombre, puesto que él no la contrae sino por la comunicacion del virus de otros animales que á su vez lo han recibido del perro.

"*¿La medicina humana no podrá aprovecharse de la larga duracion de la incubacion de la rabia, para intentar establecer el estado refractario de los hombres mordidos en aquel intervalo de tiempo y antes de la aparicion de los primeros síntomas de la rabia?* Antes de la realizacion de esta esperanza, habrá que recorrer un largo camino."

Examina los trabajos de la comision nombrada por el Sr. Fallière, ministro de instruccion pública en Francia, formada por los eminentes fisiologistas Béclard, P. Bert, Bouley Aimeraud, Villemin y Vulpian, cuyas conclusiones en el estudio que hicieron de los hechos anunciados por Pasteur, fueron las siguientes:

"Se pusieron á disposicion de la comision diez y nueve perros que habian sido vacunados y otros diez y nueve que no lo habian sido.

Cierto número de perros vacunados fueron mordidos por perros rabiosos, así como tambien otro número igual de los que no estaban vacunados.

Se hicieron inoculaciones intravenosas en perros vacunados y en perros no vacunados.

Se practicó la inoculacion, previa trepanacion, en un grupo de perros no vacunados y en otro igual, en número, de vacunados, y la Comision llegó á las conclusiones siguientes: La Comision declara: que entre los diez y nueve perros que sirvieron como testigos, en seis que fueron mordidos por perros rabiosos, tres adquirieron la rabia;

De cinco que fueron inoculados por trepanacion se hicieron todos rabiosos;

En tanto que ninguno de los diez y nueve perros que habian sido vacunados contrajeron la rabia."

Bien pronto se generalizó el método y se comenzaron á hacer inoculaciones en el hombre, en Francia por el Sr. Pasteur (6 de Julio de 1885), en Rusia por el Dr. Gamaleïa, en Nápoles por el Dr. Vestia, y en los laboratorios de Samara, San Petersburgo y Varsovia, con los más felices resultados, como lo comprueba la estadística tomada por cada experimentador. Efectivamente, segun el profesor Brouardel, de Paris, la mortalidad en la rabia es en los sugetos menores de 20 años de 31 por 100; en los que han pasado de esta edad, de 63 por 100. Las estadísticas de Tardieu, Boulay, del Comité de Higiene, y algunas otras tomadas aisladamente demuestran que la mortalidad de la rabia es de 30 por 100, si se han hecho cauterizaciones eficaces y oportunas; y de 80 por 100 si no se hicieron ó fueron tardías. El Dr. Polland señala una mortalidad de 25 por 100; el Dr. Gamgée, entre 5 y 55 por 100; Gowers, de 33 á 50 por 100, y por último, Pasteur, refiriéndose á una estadística formada por Leblanc, veterinario al servicio de la Prefectura de policía del Sena, y que comprende 6 años, encuentra que sobre 515 personas mordidas, han muerto 80, en una proporcion de 1 á 6.

El Dr. Liceaga se fija en una mortalidad de 20 por 100, como média entre las diferentes estadísticas, considerando este término como bajo, con relacion á la mortalidad que señalan algunos autores.

Del exámen que hace de las estadísticas levantadas en Rusia, Italia y Francia, se desprenden dos conclusiones: que la mortalidad general de los mordidos no inoculados, es decir, sin tratamiento, es de 25.90 por 100, y la de inoculados es de 0.76 por 100; y 2.ª, que el método simple arroja una mortalidad de 2 por 100, en tanto que el método intensivo se muestra soberano: en 140 casos, ningun muerto.

Para juzgar de la utilidad del tratamiento preventivo, se hace indispensable conocer no solo la mortalidad en los que han sido inoculados, sino la oportunidad de la intervencion.

Para aclarar este punto será conveniente recordar que el Dr. Gamaleïa, de Odessa, cree que las inoculaciones anti-rábicas no son útiles si se hacen una ó aun dos semanas solamente antes de la aparicion de los síntomas. Refiere, á propósito de esta apreciacion, la opinion del Dr. inglés Murphy sobre la vacuna y la viruela: segun este autor, el virus vacuno se desarrolla más rápidamente que el virus variólico. La vacuna, al decir de este autor, confiere inmunidad desde el momento en que la pústula vacunal se rodea de una auréola roja; es decir, desde el noveno dia despues de la inoculacion de la vacuna comienza la inmunidad. El veneno variólico natural, tiene una incubacion de doce dias: la vacuna tiene, pues, tres dias de ventaja sobre la viruela.

El Dr. Marson, que tiene una grande experiencia, se expresa así: "Supóngase una persona no vacunada que recibe el gérmen de la viruela un lúnes; si se le vacuna ese mismo dia ó el mártes, ó aun el miércoles, la viruela no se desarrollará en esa persona; si se le vacuna el juéves, la viruela se desarrollará, pero atenuada; si la vacunacion se hace el viérnes, quedará impotente, y no tendrá tiempo

de llegar á la formacion de la auréola, signo de la proteccion ya adquirida, antes de que la viruela misma haya principiado."

El Dr. Suzor es de opinion, que lo que pasa con la viruela y la vacuna, es resultado de una ley general que él expresa así: "*el virus vacuno se desarrolla más rápidamente que el virus natural de la enfermedad.*" Si esta no es una ley, no cabe duda que es una verdad para la viruela y para la rabia, como lo prueban para la primera las palabras del Dr. Marson que acabamos de citar, y como lo demuestran, para la segunda, estos hechos capitales: Primero. La incubacion de la rabia dura muchas semanas. Segundo. Es posible conferir la inmunidad contra la rabia en unas cuantas horas, conforme lo han establecido los experimentos del Sr. Pasteur en los perros, y las observaciones de los Dres. Gamaleïa y Bujwid.

Nada diremos ya de la relacion que hace el autor de la manera como fué acogido el descubrimiento de Pasteur en Inglaterra y en la *Sociedad de Naturalistas y Médicos para la instruccion mútua* en Nápoles, porque demasiado conocido es el triunfo obtenido por el sabio frances en el mundo científico; pero lo que es digno de examinarse, es el estudio que hace el autor de la Memoria de las objeciones que se han hecho al método de Pasteur. Uno de los adversarios de Pasteur, es Von Fritsch, médico vienés, quien para darse cuenta del valor preventivo de las inoculaciones anti-rábicas, creyó deber modificar las experiencias: si el modo infalible de producir la rabia, es introducirla por la inyeccion *intra-craneana*, por ella haria rabiosos á cierto número de conejos, practicando despues las inoculaciones *subcutáneas*. De las experiencias emprendidas en este sentido, concluye que "las inoculaciones preventivas de Pasteur, no logran impedir la aparicion de la rabia en los perros ni en los conejos, cuando el virus (de un periodo de incubacion de catorce dias al menos) es transmitido á los animales por la vía segura de la trepanacion."

A lo cual contesta el autor señalando los experimentos hechos por Pasteur destinados á prevenir la aparicion de la rabia despues "del método seguro de la inoculacion intra-craneana," con la ayuda del método *intensivo*, inoculando médulas más y más virulentas en el espacio de diez y ocho horas. Unos perros recibieron las inoculaciones preventivas antes de la inyeccion craneana; á otros se les sometió primero á ésta y despues á las preventivas, y como se recordará, la mitad de los perros tratados quedó refractaria á la enfermedad. Si se obtenia este resultado de proteccion en el 50 por 100 de los inoculados por trepanacion intra-craneana (que es infalible en su resultado), se debia esperar que en los casos de mordedura por animales rabiosos (que es un método falible de inoculacion) los resultados fueran sumamente satisfactorios, y así ha sucedido en efecto, como lo prueba entre otras la estadística de Bujwid, de Varsovia.

El Dr. Gamaleïa cree que no se debe dar interpretacion alguna á los hechos negativos de Von Fristch, mientras éste no publique íntegros sus experimentos, y el Dr. Liceaga agrega que los experimentos de Von Fristch son muy poco numerosos y prueban que las inyecciones subcutáneas *simples* son insuficientes en la mitad de los casos para impedir el desarrollo de la rabia determinada por la inyeccion intra-craneana; pero no que esas inoculaciones simples y mucho menos las intensivas, sean insuficientes para impedir el desarrollo de la rabia introducida por mordedura de animales rabiosos al hombre, que es la rabia que se trata de impedir.

Expone en seguida las objeciones de Spitzka que atribuye la hidrofobia á la accion del miedo y no á un virus específico, y las de Renzi y Amoroso que presentan *experiencias* tan diferentes en sus resultados, de las que han sido ejecutadas en toda Europa, que se hacen sospechosas por esa sola circunstancia.

Las objeciones hechas al método de Pasteur por el eminente Peter ante la Academia de Medicina en las sesiones de Enero de 1887, sirven de base á la mayor parte de sus contradictores que acusan al método de ineficacia supuesto que mueren tantos de la rabia ahora como morian antes de las inoculaciones; y que ha habido personas muertas de rabia á pesar de haber sido inoculadas, y otros, en fin, que aseguran que es peligroso el tratamiento enérgico (intensivo), porque expone á los que han sido sometidos á él á contraer la rabia del conejo ó la rabia mixta del conejo y del perro; que se han ocultado los reveses

y exagerado los buenos resultados; que se tiene la pretension de impedir la manifestacion de una enfermedad virulenta cuyo virus se encuentra ya en el organismo en estado de incubacion; que las inoculaciones del virus de la rabia se asemejan en todo á las inoculaciones que se hacian en otro tiempo del virus variólico para impedir la viruela. Estas prácticas se acompañaban de accidentes como los que acompañan ahora á las inoculaciones anti-rábicas, impropiamente llamadas vacunaciones. Y por último, que las experiencias de inoculacion hechas en el perro *antes* de mordedura, no pueden servir de precedente para las inoculaciones hechas en el hombre *despues* de mordedura.

El Dr. Liceaga combate estas objeciones diciendo que el fundamento de Peter (estadísticas de Brouardel, en un artículo del Diccionario enciclopédico) es completamente falso segun lo aseguró el mismo Dr. Brouardel ante la Academia y segun la estadística presentada por el Dr. Dujardin Beaumetz en la que aparece que de 263 personas mordidas por perros de rabia y sometidas á la inoculacion, murieron 2; y que de 44 personas mordidas por perros rabiosos y no sometidas á la vacunacion, murieron 7.

Respecto de la pretendida ineficacia del método, responde diciendo que es incuestionable que el sulfato de quinina combate ventajosamente las fiebres intermitentes paludeanas; y sin embargo, hay hechos bien averiguados de que es *insuficiente*, en algunos casos, lo cual no ha sido motivo para declarar *ineficaz* el sulfato de quinina contra las intermitentes paludeanas.

El mercurio y el yoduro de potasio son remedios *eficaces* para combatir el envenenamiento sifilítico, y no han perdido su reputacion de *eficacia* por haber fracasado su aplicacion en ciertos casos de sífilis.

Es un hecho universalmente reconocido la *eficacia* de la vacunacion Jenneriana para prevenir la aparicion de la viruela, y los casos excepcionales en que este preservativo no ha sido *suficiente*, nunca han sido considerados como argumento para declarar la vacunacion *ineficaz* contra la viruela.

Por consiguiente, la existencia de hechos bien averiguados de personas que hayan muerto de rabia despues de haber sido inoculadas, probarán que en esos casos el tratamiento ha podido ser *insuficiente*, pero no demostrarán nunca que el *método es ineficaz.*

El más grave de los reproches hechos al método de inoculaciones anti-rábicas, ha sido presentado así: "El método simple de tratamiento es ineficaz; el método intensivo es eficaz, pero expone á las personas que se han sometido á él á contraer la rabia del conejo ó la rabia del conejo y del perro asociadas; es, por tanto, peligroso."

En cuanto á la ineficacia del método simple, acabamos de demostrar con las cifras que arroja la estadística, que ha sido sumamente ventajoso en la generalidad de los casos, pero que solamente ha sido insuficiente en algunos otros.

A ningun método de tratamiento se puede exigir que sea igualmente eficaz para los casos benignos y para los casos graves, y sin embargo, se ha pretendido que el tratamiento profiláctico de la rabia forme excepcion á esta ley general. Las mordeduras en los miembros ó en el tronco son menos graves que las de los adultos y los viejos; las superciales y únicas, que las profundas y múltiples; las mordeduras hechas por lobos mucho más graves que las que causan los otros animales.

Estas diferencias en la gravedad, reclamaban diferencias en el método, y de aquí nació el *enérgico* (intensivo) y sus diversos modos de aplicacion.

El beneficio de este modo de hacer las inoculaciones ha quedado plenamente demostrado con las cifras que hemos presentado en la parte estadística de nuestro trabajo.

En cuanto á la objecion del peligro debemos hacer esta distincion: Mr. Peter creyó descubrir una forma de rabia que llamó *experimental*, porque no presentaba los caractéres de la rabia comun en el hombre, y como no los tenia, declaró que habia sobrevenido por la aparicion del método intensivo.

Hay hechos perfectamente averiguados, desde Van-Swieten, de la existencia de la rabia paralítica, y últimamente el Dr. Gamaleïa ha reunido diez y nueve casos que demuestran que el virus rábico puede determinar ordinariamente la rabia furiosa, aunque algunas veces la rabia paralítica. O de otro modo: el virus rábico puede presentar fenómenos principalmente medulares, ó bulbares, ó

cerebrales, ó la mezcla de los síntomas que corresponden á la lesion de las diversas porciones del sistema nervioso

Esta sola consideracion basta para desvanecer el argumento que se funda en la produccion de una rabia por las inoculaciones preventivas.

En cuanto al peligro, nos bastará recordar las estadísticas de Paris, de Odessa y de Varsovia y muy especialmente las de Bujwid, en que de 400 inoculados por el método simple murieron 8, y de los vacunados por el método intensivo no murió ninguno.

Las otras objeciones carecen de fundamento real, por más que aparentemente presenten visos de verosimilitud, tal como la que se refiere á la imposibilidad de impedir la manifestacion de una enfermedad cuyo virus se encuentra en el organismo en estado de incubacion.

A primera vista aparece muy grave esta objecion; pero si recordamos que se atenúan todos los dias las manifestaciones de las sífilis, ya en pleno desarrollo en el organismo; si recordamos las experiencias del Dr. Morsen relativas á la eficacia de la vacunacion en individuos que tenian ya en su organismo el virus de la viruela, nos convenceremos de que puede pasar con el virus rábico lo mismo que pasa con la sífilis y la viruela.

Pero el argumento principal es este: si está demostrado como lo está por los millares de experiencias que hemos dado, que un hombre ó un perro mordidos por un animal rabioso y que tienen en potencia la enfermedad, han podido ser librados de ella gracias á las inoculaciones preventivas, queda el hecho cierto, y aun cuando no esté de acuerdo con la teoría, es preciso aceptarlo como verdadero y buscar otra explicacion del fenómeno ó declarar que aquella hipótesis contraria al hecho demostrado, es insuficiente para explicarlo.

En fin, las objeciones que mencionamos en último lugar no tienen validez alguna puesto que es cierto que en las antiguas inoculaciones de la viruela se ingertaba el mismo virus variólico, como ahora se ingerta el virus rábico, solo que éste puede ser atenuado á voluntad del operador; solo que la experiencia ha demostrado que el organismo que ha recibido un virus de cierto grado de virulencia, queda apto para recibir sin peligro otro de virulencia mayor; que se puede ir así desde los virus más suaves hasta los más enérgicos, sin peligro para la vida, y con la seguridad de precaverse del virus inoculado por la mordedura de un animal rabioso. Se reputaba como peligro la produccion de la rabia paralítica; como está demostrado que es una de las formas de rabia que puede producir el virus del perro, esta objecion carece de valor.

En cuanto á los riesgos inherentes á estas inoculaciones, creemos haber demostrado suficientemente que no los tienen. Como prueba de esta inmunidad recordaré los hechos citados por Mr. Pasteur, en una carta dirigida á un periódico inglés en la cual explica los motivos por que fué insuficiente el tratamiento de Lord Doneraile.

Un perro fué inoculado durante seis meses seguidos sin presentar accidente alguno; pero lo que es más, un individuo cuyo nombre no refiere Mr. Pasteur, pero que se supone ser una de las personas que trabajan en su laboratorio, se hizo inocular preventivamente, y cuando tuvo la conviccion de la inmunidad que habia adquirido, repitió las inoculaciones hasta 209 veces en su propia persona. Creo que no se puede presentar un hecho experimental más demostrativo de que las inoculaciones no son peligrosas.

Para terminar, la última objecion carece de valor, ahora que se han instituido series de experiencias en animales previamente mordidos y sujetos despues á las inoculaciones que habian de prevenir el desarrollo de la rabia.

Si en un principio pudo ser atrevido el procedimiento que censuran los antagonistas de Mr. Pasteur, ahora que se cuentan por millares los casos de inoculacion preventiva en el hombre, queda plenamente justificado el método.

***

El Sr. Dr. Liceaga importó de Europa el virus rábico en el cerebro de un conejo, en el que se habia ejecutado el *paso* núm. 174 (probablemente). A pesar de la alta temperatura á que la pieza anatómica estuvo sujeta al llegar á la zona tórrida, y á pesar de las condiciones topográficas de la ciudad de México, el virus conservó sus propiedades tóxicas, puesto que la duracion de la incubacion y la

de la enfermedad se asemejaron á las que se observan en el Instituto Pasteur.

La primera inoculacion fué hecha el dia 17 de Febrero del presente año en un conejo de 5 libras 12 onzas de peso, 50 centímetros de longitud, raza belga, y se procedió á la inyeccion de un modo idéntico al que se emplea en el laboratorio de Mr. Pasteur.

En los dias subsecuentes se inocularon otros cinco conejos procediendo de igual manera, á excepcion de una modificacion propuesta por el Dr. Reyes, referente á la manera de abrir el canal vertebral cuando se trata de extraer ó poner á descubierto la médula de un conejo.

Tal modificacion consiste en colocar transversalmente el costotomo, de manera que comprenda entre sus ramas cortantes, tanto las láminas de las vértebras, como las apófisis espinosas. Con un poco de habilidad se hace el corte tangente á la médula y queda ésta descubierta sin ser herida: la operacion es más rápida que por el procedimiento que se emplea en el instituto Pasteur. (Introduciendo el costotomo debajo de la lámina de la vértebra).

Con la médula del conejo núm. 3 inoculado con el cerebro importado (conejo muerto en 19 de Enero), se inocularon los conejos núms. 7 y 8, es decir, 32 dias despues, y así sucesivamente se fueron haciendo inoculaciones con la médula alargada de los conejos muertos por la inoculacion previa del virus.

De todas sus experiencias formó el Dr. Liceaga un cuadro del cual hace el siguiente resúmen:

"Se han practicado 65 inoculaciones: 16 en conejos de raza belga y las otras 49 en conejos del país; éstos son un poco más pequeños, pero notablemente de menos peso que los de raza belga.

De los 65 inoculados, 13 sobreviven (núms. 6, 16, 37, 42, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65 y 66); nueve están en observacion, son los que han sido inoculados del 1° de Junio á la fecha. Uno (el núm. 2) murió de cerebelitis setenta dias despues de la inoculacion. Dos han muerto de cerebritis (núms. 41 y 43). Uno (núm. 55) murió de hemorragia cerebral dos dias despues de la inoculacion. Uno murió por el cloroformo (el núm. 4); una hembra murió de aborto (núm. 17), y uno (el núm. 64) murió dos dias despues de inoculado, sin que hayamos podido explicarnos la causa de la muerte.

De los 31 conejos de que se conoce ya el periodo de inoculacion, en 21 ese periodo ha durado ocho dias; en 19 ha sido de siete dias; en 5 de nueve dias; en 1 de seis dias, y en 5 de mayor número de dias (de diez dias para el conejo número 5; de diez y siete para el núm. 33; de veinte para el núm. 12; de veintiuno para el núm. 31, y de veintisiete para el núm. 1).

La duracion de la enfermedad ha variado entre dos y seis dias: en 20 conejos la duracion ha sido de cuatro dias. En 17 de los conejos ha sido de cinco dias. En 5 fué de tres dias. En 2, de dos dias. En 3, de seis.

Se han hecho seis pasos del virus importado de Paris; de los cinco primeros conejos inoculados con este virus, el conejo núm. 3 murió el 1° de Marzo, y con el bulbo de éste se hizo el primer *paso* (serie A) á los conejos números 7 y 8. Del núm. 7, se hizo el segundo paso al conejo núm. 11, y del núm. 8 al núm. 12. De éste se hizo el tercer paso á los conejos núms. 20 y 21. De este último se hizo el cuarto paso al conejo núm. 25. Del núm. 25 el quinto paso al núm. 35. Del núm. 35 el sexto paso al conejo núm 41, que murió de cerebritis cinco dias despues de inoculado.

El conejo núm. 5, inoculado el 20 de Febrero, tambien con el virus importado de Paris, sirvió para hacer el primer paso (serie B) en los conejos núms. 9 y 10. El núm. 9 sirvió para hacer el segundo paso en el conejo núm. 13. Este para hacer el tercer paso en el conejo núm. 19. El núm. 19 para hacer el cuarto paso en el conejo núm. 24. Del núm. 24 se hizo el quinto paso en el conejo núm. 28. Este sirvió para hacer el sexto paso en el conejo núm. 37.

El conejo núm. 1 que, como dijimos anteriormente, fué inoculado el 17 de Febrero, y murió el 17 de Marzo, sirvió para inocular al conejo núm. 14, que seria el primer paso de la serie C. El dia que murió este conejo no teniamos ninguno disponible y no se pudo hacer la inoculacion.

El peso y tamaño de los conejos no parece tener influencia en la duracion de la incubacion ni en él de la enfermedad.

Se inocularon con el virus de Paris (núms. 1, 2, 3, 5 y 6.................... 5

Se inocularon con el bulbo reciente (números 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 46, 47, 48, 49, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 65 y 66) 40

Se inocularon con cerebro conservado en glicerina (núms. 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56 y 59) 19

Se inoculó con médula desecada de nueve dias el núm. 16 1

Si comparamos los resultados observados aquí con los del Instituto Pasteur, encontramos estas diferencias. Ya dijimos en la primera parte de este trabajo que á proporcion que aumentaba el número de pasos de un conejo á otro, crecia la virulencia; que esta virulencia se media por la diminucion en el número de dias que dilata en aparecer la enfermedad; que esta duracion en el año de 87 y en el paso núm. 133, de conejo á conejo, era de siete dias; que en el mes de Enero de este año y en el paso núm. 174, era de seis dias. Pues bien, en el virus que hemos estado cultivando y que provenia de este paso (174), vemos que el periodo de incubacion varia de siete á ocho dias, en unos pocos ha sido de nueve, y en algunos raros de mayor número de dias; pero, hecho singular, en las últimas inoculaciones comienza á observarse ya el periodo de seis dias, que es el que corresponde al paso del conejo del que se extrajo el cerebro que traje de Europa, y por consiguiente, que ya vamos á obtener la fijeza en el virus."

Esta diminucion de la virulencia, se explica por la facilidad de desecacion á la temperatura de 20 ó 22 grados y á una presion de $0^{m}58$.

Antes de emprender las inoculaciones en el hombre, se pretendió, en el Consejo Superior de Salubridad, probar la virulencia de las médulas que se habian conservado, introduciéndolas por vía subcutánea en dos perros, que despues debieron ser sometidos á la inoculacion intracraneana; pero estas inoculaciones no tuvieron resultado, pues los dos perros murieron, el uno de encefalitis y el otro en la cloroformizacion.

***

El Consejo no habia querido dar principio á las inoculaciones preventivas en el hombre, sino despues de haber reunido la serie de médulas de virulencia conocida y de una pureza perfecta; pero habiéndose presentado un niño mordido por un perro, muy probablemente rabioso, se procedió á hacer las inoculaciones con las médulas de 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 dias de desecacion, conservadas en glicerina por el Dr. Nicolás Ramirez Arellano.

Esta inoculacion se hizo sin tener una confianza absoluta en esas médulas y únicamente por no rehusar ese recurso al niño Isidro Delgadillo que habia sido mordido en la pierna derecha á través del pantalon, que habia sido desgarrado. Tenia cinco mordeduras: una cerca de la parte anterior de la pantorrilla, ancha, superficial y producida por el deslizamiento de los dientes del perro, hasta encontrar la parte más prominente de los músculos. Las otras cuatro resultaban de la impresion de los caninos superiores é inferiores de los dos lados, y eran profundas.

Del estudio de estas heridas y de la disposicion del desgarro del pantalon, resultaba que el animal no podia haber limpiado completamente todos sus dientes en la ropa del niño antes de penetrar en los tejidos. Si esto era así, la herida estaba en condiciones propias para ser inoculada, y lo probable era que el niño contrajese la rabia.

Con médula de conejo que habia muerto el 11 de Abril y conservada en desecacion de la manera que ya se ha dicho, y que tenia, por consiguiente, doce dias, y con caldo esterilizado se hizo una emulsion y se llenó con ella media jeringa de Pravaz. A las 6 y 50 de la tarde del dia 23, se ejecutó la primera inoculacion. El Sr. Reyes tomó la jeringa é introdujo su contenido debajo de la piel del hipocondrio derecho del enfermo. Recuerdo haber presenciado, con cierta emocion, esta primera tentativa de inoculacion del virus rábico en el hombre.

El mismo señor hizo las inoculaciones en los dias 24, 25, 26, 27 y 28, inyectando médulas de diez, de ocho, de siete, de seis y de cinco dias. El 30 de Abril se procedió á una nueva serie: en ese dia, el 1.°, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 se inyectaron médulas de diez dias, de diez, de nueve, ocho, siete, seis, cinco, cuatro, tres y de dos dias.

El 10 de Mayo se comenzó una tercera se-

rie. En ese dia, el 11, el 12, el 13, 14, 15 y 16, se inocularon médulas de ocho, siete, seis, cinco, cuatro y tres dias, con lo cual se dieron por terminadas las inoculaciones.

Hasta el momento actual, el niño se conserva sin novedad.

Asimismo fueron inoculados el niño Gregorio Flores, el Sr. Ezequiel Sagazola y la niña Luz García. En ninguno de estos tres casos se ha observado accidente, hasta la fecha.

Se ha presentado al Laboratorio un gran número de personas para ser inoculadas; pero no se les sometió al tratamiento: á las que se presentaron antes del 23 de Abril, porque no se habian reunido aún las series de médulas que se necesitan conforme á la práctica establecida por Mr. Pasteur; á otras, porque no habian sido mordidas por perros rabiosos, ó porque la baba de los animales no habia penetrado en los tejidos; y á otras porque las presentaron cuando ya estaban atacadas de la rabia, como sucedió con la niña que remitió el Sr. Gobernador del Estado de Hidalgo y que murió en el mismo dia en que llegaba á reclamar las inoculaciones.

REMITIDOS CIENTIFICOS.

COMA DIABETICO.

El organismo de los diabéticos es un vaso fragilísimo que se asemeja á esos juguetes físicos de cristal que al menor contacto estallan en mil pedazos. Razon por lo que, un enfermo negligente en el tratamiento curativo y las reglas de higiene más elementales, vive en una peligrosa situacion. La sangre más ó menos saturada de glucosa es impropia para sostener los fenómenos de asimilacion fisiológicos, y todos los órganos que alimenta se encuentran, segun la idiosincracia particular, en estado de inminencia morbosa. Ya los riñones ó el hígado, los centros nerviosos ó la piel, los órganos digestivos ó los pulmones vienen á sufrir las consecuencias de esta profunda perturbacion y ocasionan complicaciones que á menudo terminan con la muerte.

La diábetis glycosúrica, que raras veces se observa entre nosotros en la práctica rural, toma por lo regular la forma crónica que le es característica, y ora sea por las mejores condiciones higiénicas de que los enfermos disfrutan ó el mayor vigor de su constitucion, ya á causa del género de vida exenta de esas constantes y fuertes excitaciones morales de las grandes ciudades, por la mejor y más sana alimentacion ó bien otras causas que seria largo señalar, el hecho es que sus dias se prolongan bastante y aun suelen curar con más facilidad que los que viven en los grandes centros populosos.

Por las consideraciones que anteceden voy á referir un caso muy singular que se puede considerar como excepcional y digno de conocerse.

El Sr. D. C. F. era una persona como de 60 años de edad, bien constituido, de buena salud habitual, ha padecido de cólicos probablemente hepáticos: come con apetito y suele excederse. Su padre murió de Diábetis.

Un dia del mes de Junio (1885) cenó, contra su costumbre y tomó alimentos extraordinarios é indigestos, desvelándose toda la noche. Al dia siguiente, tuvo una fuerte indigestion seguida de dispepsia por algunos dias conservando sobre todo inapetencia. Le receté un purgante salino y dieta.

Transcurrió mes y medio y volvió á solicitarme. Grande sorpresa me causó el estado de aniquilamiento en que lo encontré; pues no parecia sino que acababa de pasar una enfermedad muy grave y prolongada, ó que estaba afectado de alguna muy seria. Se quejaba de grande debilidad, sed inextinguible y orinaba mucho; solo apetecia golosinas y frutas. La lengua y fauces estaban muy secas y rojas; el pulso un poco precipitado y débil. No habia señales de enfermedad orgánica en ninguna víscera, pero su fisonomia pálida y demacrada revelaba un agotamiento notable. Le inspiré temor por su estado, para procurar que se curase con método, pues era muy negligente y le recomendé me mandara su orina á la mayor brevedad para ratificar la sospecha que tenia de tratarse de una glycosuria. A los tres dias recibí la orina en la cual encontré gran cantidad de azúcar y ya pude prescribirle el método conveniente.

El 26 (Julio) en la mañana recibí un recado por escrito en el cual me preguntaba si podia tomar fruta y tal ó cual alimento, cosas que ya tenia explicadas. ¡Cuán grande no seria mi extrañeza al saber en la tarde que estaba agonizando! Fuí á verlo y me encontré lo siguiente: al salir de un baño frio que habia tomado sin mi autorizacion, y en el cual permaneció más de dos horas, perdió el conocimiento y quedó frio é inmóvil como una persona que hubiese sido atacada de hemorragia cerebral: tal aspecto tenia. Los miembros estaban en resolucion completa, la piel fria y pálida, el pulso muy débil á 80 por minuto; acusaba ligera sensibilidad cutánea y conjuntival, las pupilas estaban contraidas, la respiracion era profunda y precipitada, con

ruido expiratorio como el de la agonía que llaman los franceses "fumer la pipe:" en el vientre no habia nada de particular excepto la dilatacion marcada que la respiracion producia; pérdida completa de la inteligencia y contraccion fuerte de los maceteros que impide abrir la boca. *El aliento no exhalaba olor particular.*

En este estado duró catorce horas, durante las cuales se fué acentuando gradualmente el cuadro agónico, al fin de cuyo tèrmino falleció (madrugada del 27). Ningun alivio pudo obtenerse con un tratamiento enérgico estimulante y revulsivo.

Inquiriendo más datos, supe por sus amigos, que hacia más de tres semanas que tomaba dos baños frios al dia, permaneciendo en un estanque hasta dos y tres horas, habiendo necesidad de despertarlo, pues solia dormirse en la agua: comia constantemente golosinas y bebia enormes cantidades de agua helada. Por lo que me formé el concepto que este pobre señor abrevió considerablemente su vida por estos gravísimos errores higiénicos.

Hay que tener presente que en esa localidad (Alamos, Sonora) el mes de Julio es de los más calurosos del año: la temperatura se eleva á 34° y 35° centig. en la sombra y es constante durante el dia, la baja nocturna es muy insignificante. La agua de los pozos y estanques solo se puede reputar fria relativamente á esa temperatura ambiente, pues por lo regular tiene de 22° á 25°. Se experimenta por lo mismo una refrigeracion marcada permaneciendo largo tiempo en un baño de inmersion. Esto explica el alivio transitorio que el enfermo experimentaba, tanto á causa de la sed inextinguible que lo devoraba, como por el calor de la estacion, que, aparte de la molestia que á todos produce y nos incita á los baños frescos, en él aumentaba seguramente la sed, por la traspiracion cutánea abundante.

El coma diabético fué, á mi juicio, la causa inmediata de la muerte de este enfermo, atacado de Glycosuria Aguda.

(Continuará).

REVISTA EXTRANJERA.

FISIOLOGIA.

EL HEDWIGIA BALSAMÍFERA (vulgo, *azucarero de montaña*), es un árbol de la familia de las trementinaceas que crece en las Antillas. Para estudiar los efectos fisiológicos del *Hedwigia*, los Sres. Gaucher, Combemale y Marestang han preparado extractos alcohólicos y acuosos de la corteza, la raíz y el tallo de la planta. El tallo da 19 por 100 de extracto alcohólico y 17 por 100 de extracto acuoso; la raíz, 18 por 100 de extracto alcohólico y 25 por 100 de extracto acuoso. Todas sus experiencias fueron hechas por medio de inyecciones hipodérmicas.

Los *extractos alcohólicos* (corteza del tallo y corteza de la raíz) se mostraron igualmente activos: bastaron 0 gr. 146 por kilógramo de animal para determinar en el cullo perturbaciones graves; con 0 gr. 161 se determinó la muerte. Los *extractos acuosos* son menos tóxicos que los extractos alcohólicos. El extracto acuoso del tallo es más tóxico que el de la raíz; y este es dos veces y media menos tóxico que el extracto alcohólico.

Los síntomas son los mismos que los que produce el extracto alcohólico. El *extracto acuoso* del tallo, á la dósis de 0gr.53 por kilógramo mata un cullo en veinte minutos.

Los efectos fisiológicos del Hedwigia se reasumen así:

1° Abatimiento rápido y considerable de la temperatura.

2° Parálisis que comienza por el tren posterior y se extiende progresivamente al resto del cuerpo, acompañándose de convulsiones generalizadas, dilatacion de la pupila y eyaculacion.

3° Fenómenos vaso-dilatadores que pueden observarse en la oreja del animal.

4° Cuando la intoxicacion es mortal, la muerte es precedida de irregularidad de la respiracion y paresia cardiaca.

5° La única lesion necroscópica es una congestion visceral, particularmente pulmonar, tanto más marcada cuanto que la muerte es menos rápida.

El *Hedwigia balsamífera* es, pues, un veneno nervioso, hipotérmico, paralizante y convulsivo, cuyos efectos se extienden progresivamente de la parte inferior de la médula al bulbo raquídeo.

Sus principios activos son un alcaloide y una resina. El primero, inyectado en solucion acuosa, produce en los cullos los mismos síntomas que los extractos acuosos.

Produce convulsiones semejantes á las que produce la estricnina. El segundo, mucho más tóxico, produce una hipotermia de muchos grados, que persiste veinticuatro horas despues; una parálisis ascendente que se generaliza, no aparecen convulsiones y la muerte sobreviene más ó menos rápidamente segun la dósis empleada.

El *alcaloide* es, casi exclusivamente, convulsivo: la resina es siempre *paralizante* é *hipotérmica*.—(*Revue Scient.* Oct. 1888).

PATOLOGIA EXTERNA.

HOSPITAL DE LA PIEDAD.

(M. Verneuil).

Algunos datos sobre la hernia crural estrangulada. —Con motivo de un caso de hernia crural estrangulada, que ha ingresado á este hospital y que fué tratado con mucho juicio por el jefe de clínica, el Dr. Guinard, el Dr. Verneuil da algunos datos sobre este accidente.

"Se trata de una mujer de 75 años, miserable, flaca, portadora desde 15 años atrás de una hernia crural del lado derecho. Durante algun tiempo sujetó su hernia con un braguero que poco á poco dejó de usarlo de una manera regular, á causa del mal estado en que se encontraba. En estos últimos tiempos estaba tan deteriorado y puesto tan incorrectamente, que era más perjudicial que útil.

Ahora bien, hace diez dias la mujer fué atacada de accidentes de retencion completa de materias fecales. Desde esta época, no ha expulsado ni materias fecales ni gases. No insisto tanto sobre la no expulsion de materias, cuanto sobre la de gases, pues sabido es que puede suceder que atacados de verdadera retencion de materias fecales, los enfermos pueden tener evacuaciones debidas á que la parte inferior del intestino se vacía.

Así pues, como hacia diez dias que esta mujer no arrojaba gases por el ano, estaba sufriendo de cólicos, vómitos, etc., en una palabra, presentaba todos los signos de un estrangulamiento herniario.

Felizmente, antes de su entrada á este hospital no habia sido tratada por ninguna tentativa de táxis. En fin, agregaré, que antes de ayer habian cesado, bruscamente, todos los síntomas de estrangulamiento. En estas condiciones entró á nuestro servicio.

Esta desaparicion rápida de todos los síntomas alarmantes, no hicieron vacilar á mi jefe de clínica, que no olvidó que esta mejoría aparente constituye un fenómeno grave que está indicando, ó alguna gangrena ó alguna perforacion del intestino.

Vdes. saben que el estrangulamiento herniario está caracterizado por la falta de emision de materias fecales, acompañado esto de vivos dolores abdominales, de una angustia más ó menos grande, y considerable depresion de las fuerzas; en fin, de notable hypothermia, síntomas todos que no desaparecen sino con la vuelta de las evacuaciones. Pero vdes. tampoco ignoran, que hay casos en que, sin ninguna evacuacion, estos diversos accidentes se detienen de repente como si el estrangulamiento hubiera cesado: esto significa una perforacion del intestino. Sucede en muchos casos, como cuando se practica la enterotomía de Nelaton, en que no obstante la abertura que se practica en el intestino, las materias fecales no escurren ó lo hacen en cantidad mínima, y sin embargo, los accidentes se detienen inmediatamente.

Esto me recuerda una enferma á quien practiqué hace tiempo, la colotomía iliaca por un infarto estercolar, consecuencia de un cáncer del recto, con meteorismo considerable. Despues de haber hecho el ano artificial, no hubo escurrimiento de materias fecales, por el contrario, su meteorismo se acentuó más. Y sin embargo, los accidentes desaparecieron. Esta mujer necesitó de dos meses para desembarazarse completamente de las materias fecales que obstruian su intestino.

Pero volvamos á la enferma. Vista la antigüedad del estrangulamiento y la desaparicion de todos los accidentes, mi jefe de clínica no hizo ninguna tentativa de táxis, en lo que ha tenido razon, pues su enferma habria podido sucumbir en el espacio de algunas horas, á causa de esas tentativas. Se debe, más bien, en semejantes casos, cuando se practica la kelotomía, evitar ejercer la menor presion sobre el saco, so pena de accidentes. Aquí se ha hecho la kelotomía y se ha encontrado una perforacion de un centímetro poco más ó menos, con alteraciones notables de las partes del intestino que le rodeaban.

Frecuentemente, en las hernias estranguladas, cuando el intestino está perforado, se hace la perforacion al nivel del cuello del saco, es decir, al nivel del anillo constrictor. Esto es perfectamente cierto en un gran número de casos, y entonces la seccion del intestino se hace de dentro á fuera; pero se encuentra tambien, en otros casos, la perforacion sobre la convexidad de la asa intestinal, perforacion algunas veces múltiple, en forma de regadera. En fin, se ha llegado á ver, aunque raras veces, producirse la ruptura del intestino sobre el cabo superior, es decir, arriba del estrangulamiento, en la cavidad abdominal.

Estos hechos son muy interesantes y dignos de darse á conocer.

Se ha dicho que en la kelotomía, cuando á pesar del aspecto casi sano de la asa intestinal, se sospechare la existencia de alguna perforacion al nivel del estrangulamiento, se debe tirar el asa hácia afuera, á fin de hacer el ano contra-natura, en el caso de que esta perforacion realmente existiera. Ahora bien, esta traccion puede por sí sola determinar una desgarradura que hasta entonces no existia.

Recuerdo que en 1855 ó 1856, haciendo por primera vez, como adjunto, un reemplazo en el Hôtel-Dieu, tuve que operar, ante numeroso concur-

so, una hernia crural estrangulada. Despues de una debridacion muy correcta, atraje hácia mí muy suavemente el asa intestinal, cuando un chorro de materias fecales saltó violentamente. Traté de tapar la herida, pero no pude impedir que medio litro de materias intestinales penetrara en el peritoneo, determinando en él una inflamacion rápidamente mortal. Los circunstantes se retiraron creyendo que yo habia abierto el intestino con la punta de mi bisturí. No habia sido así: las tentativas de traccion habian sido la causa de la ruptura intestinal. Desde entonces, si el intestino me parece sano, hago una debridacion bastante amplia para reducirlo; si la mucosa está seccionada por el estrangulamiento, tambien hago entrar el intestino en la cavidad abdominal, porque es muy raro que en estas condiciones, se produzca la perforacion; si al contrario, el estrangulamiento es un poco antiguo, por temor de una perforacion á causa de la duracion de los accidentes del principio del estrangulamiento, me limito á debridar teniendo cuidado de no tocar el intestino. Os citaré á este proposito, la tésis del Sr. Girard (tésis que no ha sido suficientemente apreciada), sobre la debridacion y la permanencia del intestino en el saco, sin reduccion. ¿Qué puede resultar de esta práctica? si el intestino está sano, y al cabo de tres, cuatro, cinco ó seis dias, entra por sí mismo, ó bien está enfermo, contrae entonces adherencias en el interior del abdomen y se abre al exterior: aquí teneis un ano contra-natura espontáneo. En fin, en el caso en que el intestino esté totalmente enfermo, se hará una pequeña debridacion; y sin grandes manipulaciones, so pena de accidentes graves, establecereis el ano artificial.

En el último siglo se dejaba la estrangulacion abandonada á sí misma; si el enfermo no sucumbia, se formaba un tumor estercolar, la piel se enrojecia y se hacia una incision. Este ano contra-natura, hasta cierto punto espontáneo, podrá curar perfectamente. Muchas veces se ha visto, al contrario, que operadores hábiles abren el saco, encuentran el intestino en mal estado, lo extraen, rompen las adherencias que habian podido formarse, suturan y hacen un ano soberbio; pero la operacion ha terminado por la muerte en la noche ó al dia siguiente.

Durante mucho tiempo se ha creido que estos accidentes eran debidos á la influencia del aire, cuando en realidad dependen del mismo cirujano que inocula el peritoneo. Velpeau decia que el líquido del saco herniario era tan irritante, que escoriaba las manos del cirujano. El Sr. Nepveu y yo hemos comprobado hace más de veinte años este estado pútrido é infeccioso del contenido del saco, así es que he tenido siempre gran cuidado en recomendar que se hiciese una minuciosa *toilette* del saco, antes de debridar y de abrir la cavidad peritoneal. En aquella época (1865), todavía no teniamos entre las manos los métodos antisépticos.

En resúmen, si el intestino está enfermo, si temeis la perforacion ó si ya existe, basta poner á descubierto el intestino, fijándolo con cuidado, para evitar que éntre en la cavidad abdominal.

Se esperan los acontecimientos, guardándose mucho de administrar purgantes, que en semejante caso son peligrosos. Fortificad y estimulad á vuestros enfermos con los mejores tónicos y vigilad las complicaciones que puedan sobrevenir, tales como la congestion pulmonar, tan frecuente en estos casos, y por lo demás tan mortífera. —*(Gazette des Hopiteaux)*. (27 Sep. 1888).

GINECOLOGIA.

ALGUNAS LUCUBRACIONES DEL SEGUNDO CONGRESO DE LA SOCIEDAD ALEMANA DE GINECOLOGIA.—*Sobre la conducta que se debe observar durante la expulsion de la placenta.*—Dohrn. (Könisberg) expresa que ya, en 1880, habia reconocido las ventajas que ofrece el procedimiento de la expresion uterina, preconizada por Crédé, pero que á pesar de esto, habia predicho un gran porvenir para el método espectante, respecto á la conducta que se debe observar en el momento de la expulsion de la placenta. Estima que esta prediccion se ha realizado.

El autor se ocupó, en seguida, del mecanismo por el cual se desprende la placenta: con mucha frecuencia (4 por 1) este desprendimiento se opera segun el mecanismo invocado por Lemser-Shultze: entre el útero y la placenta se derrama cierta cantidad de sangre que interviene en la propulsion de la placenta hácia adelante. Segun los resultados obtenidos en 500 observaciones, el autor valúa en 350 gramos la cantidad média de sangre perdida.

En seguida habló del caso en que el desprendimiento de la placenta se hace primero en la periferia segun el mecanismo invocado por Duncan. *Fehling* (de Bâle) asienta que sobre un total de 81 casos, el desprendimiento de la placenta se ha efectuado 57 veces segun el mecanismo de Duncan (por los bordes); 5 solamente por el mecanismo de Shultze, y 19 por un mecanismo mixto. El desprendimiento de la placenta por el centro no se observa mas que en los casos en que se ejercen tracciones sobre el cordon. El derrame sanguíneo retroplacentario, que se opera en estos casos, no puede tener ninguna influencia sobre el desprendimiento de la placenta; circunstancia que no puede verificarse sin la contraccion de la matriz. La hemorragia se detiene, por la trombosis que toma por punto de partida el derrame retroplacentario.

Shatz se mostró acorde en la práctica, rechazó la

espectacion por la pérdida considerable de sangre que se produce.

Winckel, sobre 100 casos de expulsion de la placenta, ha visto el desprendimiento de este órgano hacerse 79 veces segun el mecanismo de Duncan; en consecuencia, es partidario del método espectante á condicion que no transcurran 2 horas entre la expulsion del producto y el desprendimiento de la placenta; transcurrido este tiempo, recurre á la expresion uterina.

Lahs, es partidario de la expresion uterina. *Ahlfeld* aconseja la espectacion en tanto que nada alarmante se presente; en caso contrario, recurrir violentamente á la expresion.

SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA RETROFLEXION UTERINA.—H. Skutsch (Iena) conviene en que el tratamiento de la retroflexion del útero, á falta de un procedimiento curativo que pueda convenir á todos los casos, el empleo de los pesarios da mejores resultados de lo que generalmente se admite. Los insucesos son frecuentemente imputables á que el instrumento empleado no tiene una forma apropiada al caso particular, y por otra parte, á que los obstáculos que se oponen al enderezamiento del útero y su mantenimiento en una posicion normal, no han sido separados completamente. Los casos en que existen adherencias peritoneales muy resistentes, aquellos en que existen vastas cicatrices en el parametrium pasan en general como causas que desafian los recursos del arte. Aun en estos casos, se pueden obtener resultados satisfactorios por el empleo de los pesarios, á condicion de recurrir previamente al estiramiento progresivo y al *massage* metódico de las adherencias y de las cicatrices.

Ya hace tres años que el autor se ha ceñido á estos principios. En los casos de adherencias por bridas peritoneales, ha obtenido resultados favorables por las tentativas de reduccion bimanual.

En los casos de adherencias planas y cuando subsisten resíduos considerables del exudado en el parametrium, el procedimiento de massage bimanual recomendado por Brandt, para los casos de inflamacion crónica del tejido celular de la pélvis, es el que mejores resultados produce.

Por el estiramiento directo de las adherencias, se efectúa la reduccion bimanual del útero, y por movimientos impresos á este órgano, se ensaya distender dichas adherencias. A estas tentativas de alargamiento se asocia el *massage* directo de las bridas cicatriciales. Tan pronto como sea posible, se ensayará fijar el útero en su posicion normal, por medio de un pesario.

Esta técnica exige como condicion indispensable, un diagnóstico rigurosamente exacto. A menudo es necesario practicar la exploracion bimanual: con una mano se explora á través de la vagina ó del recto, mientras que la otra explora el exterior. Por el intermediario de los músculos situados en la profundidad de la pélvis—músculo piriforme, elevador del ano—se llega á obtener datos sobre el estado del piso pélvico, provocando movimientos activos ó pasivos.

A. Schultze presenta una estadística de 230 casos, en la que 203 fueron tratados por el massage y los pesarios con buen resultado.

Una circunstancia muy desfavorable á la eficacia del método, es la cortedad de la pared anterior de la vagina; este inconveniente se remedia en parte, practícando incisiones transversales en esta pared.

Por lo que toca al tratamiento operatorio, solo la laparotomía parece haber dado resultados seguros. El autor está de acuerdo en que la laparatomía está justificada en los casos en que es imposible curar la retroflexion uterina por procedimientos no sangrantes.

SEPTICEMIA PUERPERAL GRAVE.—GANGRENA DEL ÚTERO Y DE LA VAGINA.—RASPA.—CURACION.—*(Por M. Charpentier)*.—Esta observacion nos da una prueba patente de que, aun en los casos de septicemia puerperal, no debemos desesperar, y que la naturaleza, ayudada por nuestra intervencion, produce algunas veces resultados increibles.

Se trata de una jóven primípara de 19 años, casada hacia 11 meses y de salud perfecta. Preñez sin ningun accidente. Talla ordinaria. Pélvis normal.

El 20 de Abril á las 5 de la tarde daba á luz espontáneamente un niño vivo y bien desarrollado. Duracion del trabajo, 15 horas.

Al cabo de 20 minutos la expulsion de las secundinas no se habia efectuado y comenzaba á producirse una hemorragia ligera. El Dr. Pentray, que asistia á la enferma, intenta la extraccion de la placenta por ligeras tracciones sobre el cordon umbilical; pero como encontrara resistencia, esperó 10 minutos más. Mas como la pérdida aumentaba, hizo de nuevo tracciones sobre el cordon, el que al fin comenzó á ceder; en vista de lo cual introdujo la mano en el útero y procedió á la extraccion artificial de la placenta, la que fué muy laboriosa. Una vez extraida, se pudo ver que estaba completa, así como las membranas. Se hizo una inyeccion vaginal antiséptica de ácido fénico.

Los dias 21 y 22 pasaron sin ningun accidente.

El dia 23, los loquios comenzaron á estar fétidos, la enferma experimentó un calosfrio intenso seguido de una gran elevacion en la temperatura (40°3), dolores en la fosa iliaca, vómitos. Pulso, 130. Estado general grave.

Yo la ví en compañía del Dr. Pentray el 24 en la mañana, y su estado era de lo más grave: Pulso, 160; temperatura, 41°4. Subdelirium con todos los fenómenos de la septicemia más grave.

La vulva y la vagina están cubiertas de escaras gangrenosas que dejan escurrir un líquido infecto, no obstante los repetidos lavados vaginales que se hicieron. El estado general era tan grave que me concreté á hacer un lavado intra-uterino con el licor de Van-Swieten diluido, lavado que se deberia de repetir si la enferma vivia por la tarde. Sulfato de quinina, 1.50. Alcohol.

El dia 25 encontré tal mejoría que me decidí á intervenir de una manera más radical. Despues de haber hecho una inyeccion con la solucion del licor de Van-Swieten intenté abatir el útero para hacer la raspa; pero el tejido del cuello estaba de tal manera débil, que se desgarraba con la pinza; me decidí, en vista de esto, á practicar la raspa sin abatir el útero, para lo cual introduje una vulva de Sims. Lavé la cavidad uterina con el mismo antiséptico é hice la raspa de dicha cavidad con la cucharilla cortante. Despues de haber limpiado el hocico de Tenca, le toqué con un algodon embebido de creosota y glicerina. En seguida raspé la vagina y la vulva procurando quitar cuantas escaras fué posible; lavé de nuevo con solucion de Van-Swieten y dejé á permanencia un tapon de gaza iodoformada dentro de la vagina.

En el momento de la operacion, la temperatura era de 39°5 y el pulso de 116. Se le administró 1.50 de sulfato de quinina.

El resultado fué verdaderamente maravilloso; desde la mañana siguiente la enferma se mejoró sensiblemente, los loquios apenas tenian un ligero mal olor, el pulso era de 92.96, la temperatura 37°8. Se habia verificado una verdadera transformacion. Durante 5 dias este estado se mantuvo perfecto, la temperatura no pasaba de 38°, la enferma tomaba caldo, leche y huevos. Se le fué disminuyendo progresivamente la dósis de sulfato de quinina, y cuando la enferma parecia entrar en plena convalecencia, fué atacada de un dolor de costado, con fiebre, sin calosfrio; la temperatura subió á 39°6 y á la mañana siguiente el Dr. Pentray y yo encontramos en el lado izquierdo del pecho un derrame considerable, que alcanzó á los pocos dias (1º Mayo) la fosa sub-espinosa: enorme masisez, egofonia, soplo pleural.

Del 1º al 12 de Mayo el estado de la enferma fué muy serio; la pleuresía no disminuia, la temperatura oscilaba entre 38°5 en la mañana á 39°5, 6, 8 en la tarde. A pesar del algodoncillo de que estaba atacada le volvió el apetito; la diarrea que hacia varios dias sufria sin cesar, desapareció; en fin, la convalecencia franca se estableció y hoy está en plena vía de curacion.

Tal es el hecho que me parece interesante por más de un título.

En efecto, la enferma estaba tan grave cuando la ví por primera vez, que la consideraba como absolutamente perdida, al grado que me concreté á hacer un simple lavado intra-uterino y no fué sino á la mañana siguiente que osé hacer el raspado y ¡en qué condiciones!

Gangrena de la vagina, de la vulva, del útero, septicemia puerperal, lo más avanzada que se puede dar. Y bien, no solamente la raspa no ha agravado este estado, sino que nos ha permitido salvar á una mujer que, indudablemente, estaba perdida.

La primera enseñanza que se puede sacar de este hecho es: que en presencia de una septicemia puerperal, por avanzada que esté, es necesario no desesperar y que la raspa es un gran recurso, que ahora poseemos, de que antes no disponiamos.

(He obtenido el mismo éxito feliz en otro caso de septicemia, pero sin gangrena).

La segunda enseñanza que se desprende del mismo hecho es: que la pleuresía que sobreviene en enfermas atacadas de septicemia no siempre es fatalmente purulenta. Mucho temiamos nosotros que en nuestra enferma se verificara así; pero felizmente nada de esto se produjo, y de ello tuvimos la prueba, porque M. Hanot, que vió con nosotros á la enferma, practicó una puncion, que no dió líquido. Así pues, éste se habia reabsorbido, y, yo no sé que las pleuresías purulentas puerperales desaparezcan por sí solas. El tratamiento que se empleó fué simplemente revulsivo.—(*Jour med. de Paris.* 5 Agosto 1888).

TERAPEUTICA.

LA COCAINA EN OBSTETRICIA, *por A. Cantab.*—De cualquiera manera que se administre la cocaina, puede prestar servicios en los vómitos incoercibles del embarazo y en algunos casos se muestra superior á cualquiera otro remedio. Durante los primeros dolores del trabajo, y sobre todo en las primíparas, hace menos penosos estos, pero no retarda ni apresura su aparicion y por consecuencia no influye sobre la dilatacion del cuello. No produce efecto analgésico alguno al aparecer los dolores de expulsion ni cuando la cabeza apoya sobre el perineo. Disminuye el dolor cuando existen grietas del seno, pero sus efectos en este caso son de corta duracion.—(*The Lancet*).

INVESTIGACION DE LA SANGRE EN LA ORINA.—(*Lechine*).—Para demostrar la presencia de la sangre en la orina, Lechine acidula con 1 gota de ácido acético 10 c. c. de orina que agita con 3 c. c. de clo-

roformo. Despues de algunos instantes de reposo, el cloroformo se colora en rojo, si la orina contiene la materia colorante de la sangre.—*(Pharm. Zeitung*, 1887).

COLORACION DEL BACILO DE LA TUBERCULOSIS.—*(Gabbett)*.—El autor ha propuesto un nuevo método de coloracion, simple y rápido: ha sido aplicado con éxito por P. Ernst de Heidelberg. Dos soluciones se emplean:

1ª Agua fenicada (5%)........	100, 00
Fuchsina....................	1, 00
Alcohol absoluto.............	10, 00

Los cubre-objetos ó los cortes permanecen dos minutos en este líquido y se les sumerge durante un minuto en la solucion siguiente:

2ª Acido sulfúrico diluido (25%).	100, 00
Azul de metilena................	1 á 2

Como se ve, el tratamiento por el ácido y la recoloracion se efectúan en la misma operacion.—*(Pharm. Post*, 1887).

ACCION DEL SULFONAL EN LOS DEMENTES.—El Sr. Dr. Cramer (de Triburgo) da cuenta de cuatrocientas siete experiencias hechas en dementes con el *sulfonal*, y de sus investigaciones comparativas referentes á la accion del cloral, de la paraldeida, del hidrato de amilena y del sulfonal, sobre los procesos de digestion artificial.

Las 407 experiencias hechas en 45 dementes con el sulfonal administrado como somnífero, han dado 30 (74%) resultados negativos; 377 veces (92, 4%), la administracion del medicamento ha proporcionado un sueño de 5 y aun más horas de duracion. En la mayoría de los casos el efecto somnífero ha comenzado á manifestarse de un cuarto de hora á una hora despues de la ingestion del medicamento. La dósis necesaria ha variado entre 1 y 3 gramos. No se han observado consecutivamente efectos desagradables; un individuo ha experimentado somnolencia una que otra vez al despertar. Los enfermos que han sido objeto de estas experiencias, estaban afectados de melancolía, de manía, de parálisis general, de demencia, de hebefrenia.

Las investigaciones de la segunda serie han dado la prueba de que el sulfonal en nada perturba los procesos químicos de la digestion.—*(Jour. des Societes scient.* Sep. 1888).

ACCION LOCAL DE LA ELEBORINA.—Los Sres. Vittorio y Uvidio han empleado soluciones acuosas de eleborina y las han instalado entre los párpados al contacto de la córnea. Así han obtenido una anestesia de esta membrana que ha sido de mayor duracion que la anestesia producida por la cocaina. Al mismo tiempo han encontrado que se conserva la motilidad del párpado, que la pupila no se dilata y que la tension intraocular no se modifica.

Empleada en inyecciones subcutáneas, la eleborina provoca la anestesia local, y produce simultáneamente perturbaciones cardiacas. De aquí esta conclusion: la eleborina es un anestésico local que á pesar de su poder debe manejarse con circunspeccion, sobre todo en individuos cuya contractibilidad cardiaca, deja algo que desear.—*(Gazzetta degli Hospitali*, Marzo 88).

EMPLEO DEL FLUORO-SILICATO DE SOSA (SALUFER) COMO ANTISÉPTICO.—Puesta en uso en Inglaterra por Thomson (de Manchester) esta sal se ha empleado en solucion al 5% para el lavado de la vejiga, de la vagina y del recto, y en inyeccion en la uretra contra la blenorragia, en el conducto auditivo contra la atorrea, en las fosas nasales, y tambien en las cavidades en supuracion.

El Sr. Mayo-Robson ha repetido estos ensayos y declara que el salufer es un antiséptico eficaz. En polvo es cáustico y puede por lo mismo prestar servicios á la cirugía. En solucion de cerato produce la irritacion. Por el contrario, sus soluciones al 5% son las que se deben preferir para las inyecciones en las cavidades cerradas, cuando éstas se quieren hacer asépticas y se tema la accion irritante de los otros medicamentos antisépticos.

En la superficie de las heridas, el Sr. Mayo-Robson aconseja emplear el algodon hidrofílo mojado en esta solucion. En fin, el fluoro-cilicato de sosa posee propiedades antiodoríferas que lo hacen precioso para el lavado del recto ó del útero atacados de cáncer. Sin embargo, tiene el inconveniente, en soluciones concentradas, de atacar los instrumentos y de alterar el esmalte de los vasos de porcelana. Las soluciones débiles no poseen esta desventaja al mismo grado.—*(British med. Jour.* Mayo de 1888).

FORMULARIO.

TRATAMIENTO DE LA DIARREA CRÓNICA POR EL SULFATO DE QUININA.—*(J. Simon Huchard)*.—Este tratamiento, que da buenos resultados, puede ser prescrito bajo forma de pocion ó de papeles, siendo preferible la primera; hé aquí las fórmulas de una y otra preparacion:

Sulfato de quinina............	1, 00
Agua de Rabel................	c. b.
Jarabe de codeina............	30, 00
Julepe gomoso................	100, 00

Para tomar una cucharada cada hora.

Polvo de Dower.......... }	ââ 4, 00
Sulfato de quinina....... }	

Para 20 papeles; tres al dia.—*(Journ. de Méd. de Paris)*.

PÍLDORAS CONTRA LA METRITIS CRÓNICA.—(*Dr. Gallard*).

Ergotina	} ââ	5, 00
Carbonato de fierro		
Extracto gomoso de opio		0, 50

Para cincuenta píldoras; cuatro al día.—(*Les Nouveaux Remédes*).

El sulfato de esparteina se administra á las dósis de 0,05 á 0,25 por dia en *píldoras* ó en *pocion*.

Agua	45,00
Agua dest. de laurel cerezo	15,00
Jarabe simple	20,00
Sulfato de esparteina	00,30

Una cucharada á mañana y tarde. Cada cucharada contiene 0,05 de sal activa.

Sulfato de esparteina	00,50
Excipiente	25,00

Para ¡X píldoras: 2 á 4 en 24 horas, segun los casos. (*Les Nouveaux Remèdes*).

PÍLDORAS CONTRA LA NEURALGÍA (*Laborde*).

Nitrato de aconitina, cristalizado	00,75
Bromhidrato de quinina neutro	15,00

Jarabe de quina c. b. H. s. a. 200 píldoras.—(*Medical World*).

NOTICIAS VARIAS.

DESEOSOS de utilizar nuestro periódico para la insercion de preguntas médicas que deberán ser resueltas por los médicos que forman nuestro respetable cuerpo de colaboradores, excitamos á todos los médicos de la Capital y foráneos á que nos remitan á la redaccion de la *La Revista Médica de México*, (Refugio 15, entresuelo) las cuestiones médicas que deseen ver resueltas, en la inteligencia de que dichas cuestiones podrán ser publicadas anónimas ó con la firma del remitente.

LENTEJUELAS DOSIMETRICAS PARA COLIRIOS.

Las ventajas obtenidas por el fraccionamiento preciso de las sustancias que por su actividad deben ser administradas á dósis mínimas, no puede ser desconocido de ningun médico. El desarrollo que la medicacion dosimétrica ha alcanzado en estos últimos tiempos, explica bien las ventajas que tal fraccionamiento produce. La dosificacion *exacta* de los medicamentos activos que se administran *al interior*, se ha genaralizado á tal grado, que ha podido constituir un poderoso elemento en la terapéutica moderna. Era pues necesario efectuar esa misma division en los medicamentos que se emplean *al exterior* y que por sus propiedades tóxicas deben administrarse á dósis ínfimas, procurando disminuir en lo posible sus propiedades irritantes. Tal vacío han venido á llenar las lentejuelas que llevan el nombre que encabeza este artículo.

Mr. Chautaud, tan bien conocido por sus numerosas preparaciones dosimétricas, ha dado á conocer las lentejuelas gelatinosas que contienen las diferentes sustancias que se emplean localmente sobre el ojo, á las dósis que anunciaremos en seguida y que poseen, además, la propiedad de adherirse un poco á la mucosa, de tal manera que su accion pueda prolongarse todo el tiempo que se juzgue conveniente.

El Dr. José Ramos se sirve de ellas frecuentemente en su práctica oftalmológica y no vacila en recomendar esta forma de colirios, sobre todo, para el caso en que se tengan que usar sustancias muy tóxicas y cuya preparacion extemporánea produce mejores resultados.

Agregaremos que estas lentejuelas pueden ser tan fácilmente empleadas por el médico como por el enfermo, y que son, además, inalterables.

Las sustancias que Chantaud ha preparado bajo esta forma son las siguientes:

Lentejuelas de	Sulfato de atropina	0 $^1/_{25}$	milig.
,,	,, Acido bórico	0 ½	,,
,,	,, Bromhidrato de Cicutina	0 $^1/_{10}$	,,
,,	,, Clorhidrato de cocaina	1	,,
,,	,, Codeina	0 $^1/_{10}$	,,
,,	,, Sulfato de duboisina	0 $^1/_{25}$	,,
,,	,, Sulfato de eserina	0 $^1/_{25}$	,,
,,	,, Ergotina dializada	1	,,
,,	,, Gelsemina	0 $^1/_{10}$	,,
,,	,, Sulfato de hiosiamina	0 $^1/_{25}$	,,
,,	,, Homatropina	0 $^1/_{25}$	,,
,,	,, Iodoformo	1	,,
,,	,, Ioduro de potasio	1	,,
,,	,, Clorhidrato de morfina	0 $^1/_{10}$	,,
,,	,, Nitrato de Plata	0 ½	,,
,,	,, Nitrato de Pilocarpina	0 $^1/_{25}$	,,
,,	,, Sulfato de estricnina	0 $^1/_{25}$	,,
,,	,, Sulfato de cadmium	0 ½	,,
,,	,, Sulfato de cobre	0 ½	,,
,,	,, Sulfato de zinc	0 ½	,,
,,	,, Sublimado	0 $^1/_{25}$	,,

Modo de empleo.—Para servirse de una lentejuela dosimétrica, basta tomarla con una baqueta, ligeramente mojada en su extremidad y aplicarla durante uno ó dos minutos sobre el globo ocular.

TIP. DE DUBLAN Y COMP.

VOL. I. México, Octubre 15 de 1888. NUM. 16

REVISTA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO BIMENSUAL DIRIGIDO POR EL DR. JOSE RAMOS.

COLABORACION:
Dres. R. Lavista, M. Carmona y Valle, E. Liceaga, J. M. Rodriguez, R. Fuertes, M. Alvarado, D. Mejía, J. M. Bandera, M. Dominguez, M. Gutierrez, San Juan, F. de P. Chacón, R. Vertiz, M. Cordero, F. López, F. Ortega y Fonseca, F. Hurtado, N. Vargas, J. Martinez del Campo, C. Tejeda Guzman, J. Villagrán.

DIRECCION Y REDACCION:
REFUGIO NUM. 15, ENTRESUELO,
DESPACHO DE LOS SRES.
E. DUBLAN Y COMP.
Administrador y propietario: Dr. Manuel Barreiro.
Apartado en el Correo núm. 619.

PRECIOS DE SUSCRICION:
EN LA CAPITAL
Por un mes.....................$ 0 50
Por seis meses..................... 2 50
EN LOS ESTADOS
Por un mes.....................$ 0 62
Por seis meses..................... 3 00

PRENSA EXTRANJERA QUE RECIBIMOS PARA LA FORMACION DE LA REVISTA:

"Gaceta Médica de Paris."—"Gaceta de los hospitales civiles y militares de Paris."—"Periódico de las Sociedades Científicas."—"Revista Científica."—"La Naturaleza."—"Gaceta Hebdomadaria."—"Revista de Medicina," de Bouchard, Charcot y Chauvau.—"Anales de las enfermedades de los órganos genito-urinarios."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Lúcas Championière.—"Periódico de Medicina de Paris," de Lutaud.—"Boletin de la Academia de Medicina."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Bruselas.—"El Electricista."—"El Tiempo Médico," de Filadelfia.—"El Registro Médico."—"El Mundo Médico."—"Anales de Ginecología," de Boston.—"La Lanceta," de Lóndres.

SECCION EDITORIAL.

ALGO SOBRE LOS CALCULOS VESICALES.

No es mi ánimo escribir una Memoria sobre los cálculos de la vejiga, ni siquiera hacer una narracion circunstanciada y minuciosa de las varias operaciones de talla que he practicado ó ayudado á practicar, á varios de mis compañeros en esta ciudad, pues que no conservamos todos los datos que para ello son necesarios: deseo tan solo dar una relacion de los casos que me han proporcionado los cálculos que remito al Dr. José Ramos, y la historia de un caso de cálculos múltiples, cuyas piedras he regalado al Dr. Manuel Carmona y Valle. Comienzo por esto último, extractando lo relativo de una Memoria que el año de 1877, presenté á la "Sociedad médico-farmacéutica Rio de la Loza."

"Operacion de la talla practicada en el Hospital de San Juan de Dios de esta Ciudad, por los Profesores José García Saavedra, Manuel Peña, Octaviano Galvan y Francisco Leal."

Miguel Fernandez, nacido en Silao, avecindado desde niño en Leon, de 54 años de edad, sombrerero, de pequeña estatura y temperamento bilioso, entró á este Hospital el 16 de Agosto de 1870, ocupando la cama núm. 3 de la Sala de Cirugía. Dice: que desde la edad de 12 años comenzó á sentir frecuentes ganas de orinar, pujo al arrojar la orina, siendo ésta algo espesa: que con frecuencia le daban frios cuando se le detenia la orina más de 24 horas: que estos padecimientos le duraron como diez años sin sentir despues sino un peso en el perineo y pujo al evacuar, debido éste en su concepto á la presencia de algunos hemorroides que empezaban á desarrollarse: que hace ocho años padeció una pulmonía y de entonces á la fecha han aumentado las molestias en los órganos génito-urinarios repitiéndose las retenciones de orina.

El dia del reconocimiento, el enfermo estaba acostado sobre el lado derecho, los muslos doblados y aplicados sobre el vientre, actitud que toma aun para andar, la causa contraida expresando el sufrimiento; se queja de dolor en el bajo-vientre, que se exaspera con la presion, aumentándose con esto las frecuentes ganas de mear; poco sueño, sed, anorexia, digestiones difíciles, constipacion tenaz, falta de fuerzas y calentura por la noche. Examinado el vientre á la palpacion, estaba doloroso, fuertemente contraidos los músculos abdominales; bajo el arco del púbis se sentia un tumor duro y casi inmóvil, no se pudo practicar el tacto por el recto á causa de las hemorroides; pulso pequeño, á 80, calor regular. Aplicada la sonda de plata, pasó con dificultad la uretra, y al pene-

trar en la vejiga fué desviada fuertemente hácia arriba: tanto por el dolor que causó, como por la contraccion de las paredes del vientre y los movimientos del enfermo, no fué posible hacer una perfecta exploracion; sin embargo, con algunas inhalaciones de cloroformo, é inyectando agua tibia por la sonda, se pudo tocar distintamente un cálculo que parecia voluminoso. Al dia siguiente, rectificó el Sr. Leal la presencia de cálculos en la vejiga y se propuso la operacion de la talla.

A las 11 de la mañana del dia 24, los Profesores Manuel Peña, Francisco Leal, Octaviano Galvan y José Carcía Saavedra, procedieron á practicar la talla bilateral por el procedimiento de Dupuytren. Colocado el enfermo convenientemente, se hizo una incision de 3 pulgadas sobre el perineo á una y media pulgada del ano: disecados los tejidos, tocóse la uretra y guiando el bisturí recto con la yema del dedo índice de la mano izquierda, se practicó la puncion; volteando entonces el dedo se percibió distintamente la canaladura del catéter colocando en ella la uña, lo que facilitó la aplicacion del litótomo doble y hacer con él la incision de dentro á fuera; llevando entonces el dedo á la vejiga se tocaron varios cálculos que se deslizaban unos sobre otros. El Dr. García Saavedra extrajo tres de ellos, el Dr. Leal y el Dr. Galvan uno cada uno y el Dr. Peña los otros tres. Reconocida cuidadosamente la vejiga, no se encontró más: se le puso en la herida una sonda de goma permanente por 3 dias, y agua fria. Durante la operacion no hubo accidente alguno, pues solo escurrió una poca de sangre.

En la Memoria citada y en los datos que están en los archivos del Hospital, consta la marcha que siguió este caso y las prescripciones: éstas se redujeron á la alimentacion gradual y aquella fué buena y regular, comenzando á salir orina por la uretra á los cinco dias y dejando de salir por la herida á los 11. El dia 7 de Setiembre empezó á levantarse y el dia 10 estuvo de alta obligándose á volver al Hospital todos los dias para observarlo.

El dia 12 de Septiembre, es decir, 19 despues de la operacion, fué atacado de una neumonía aguda, y el 16 á las 6 de la tarde murió de ésta, como se pudo comprobar por la autopsía, de la cual copio solo lo referente á la vejiga: contenia una pequeña cantidad de orina moco-pus: sus paredes gruesas fuertemente musculadas: la mucosa del bajo-fondo engrosada, roja y como callosa, su herida en gran parte cicatrizada y la de los demás tejidos tambien en vía de cicatrizacion.

En la Memoria citada está copiada esta inperfecta historia tal como consta en los apuntes del Hospital, para dar á conocer la marcha de la operacion.

Los cálculos son ocho: pesan 204 gramos, todos tienen figuras geométricas determinadas, formadas por caras regulares de superficie plana y pulida: son de color amarilloso y compuestos por capas distintas.

En el reconocimiento que se hizo de su parte superficial, por no destruirlos, encontramos ácido úrico y fosfato amoniaco magnesiano.

En la coleccion que remito al Dr. José Ramos, se encuentra como curioso el marcado con el núm. 1, que es un cálculo extraido por medio de la talla bilateral á un hombre de 60 años. La formacion de dicho cálculo databa de 10 años: tenia la figura y tamaño de un huevo, sumamente quebradizo, pues bastó para romperlo la presion que sobre él hicimos con las pinzas de cuchara; tuvo como núcleo y causa de su orígen, un tallo de cebolla que segun confesion del paciente se introdujo por la uretra. En uno de los fragmentos se ve la huella fibrosa que aquel dejó: pesan todos 27 gramos.

Constituye el núm. 2 los fragmentos de un cálculo sumamente duro, que tenia la figura y tamaño de una lima comun; fué extraido tambien por medio de la operacion de la talla, que practicamos el Dr. Rosendo Gutierrez y yo; operacion que duró más de 3 horas, porque se hizo necesario romper el cálculo dentro de la vejiga con un litotrictor muy fuerte, dentellado, cuyas ramas se mueven por un tornillo de presion, para lo que recurrimos á otros dos hombres. A pesar de todas las contusiones y molestias que al paciente causó esta larga y penosa operacion, curó en menos de 30 dias sin quedarle achaque alguno.

El núm. 3 es el cálculo más voluminoso que hemos extraido completo. Los demás que he tenido la satisfaccion de remitir al Dr. Ramos, nada tienen de particular, sino es que

forman parte de los 43 que hemos extraido desde el año de 1867 hasta el de 1884, en treinta y dos operaciones de talla seguidas todas de buen éxito: de éstas, una ha sido talla uretral en una niña de 5 años, otra vestibular en una de 18, y dos vesico-vaginales, dejando una de éstas una fístula urinosa: las 28 restantes han sido practicadas, una en un niño de 6 años y las otras sobre adultos; todas tallas perineales, bilaterales, y seguidas de curacion rápida, quedando en todos íntegras las funciones génito-urinarias. Haré observar que no hemos encontrado grandes dificultades en ninguna de estas operaciones, y como accidentes graves solo se han presentado dos hemorragias en el acto de la operacion y una al dia siguiente, que se corrigieron, las primeras, por la compresion y cauterizacion con nitrato de plata, y para la última, fué necesario colocar la sonda de Dupuytren, siendo el único caso de convalecencia más larga.

Para el diagnóstico, nos han impedido el fácil reconocimiento las hemorroides, que acompañan casi siempre á los cálculos antiguos, dos estrechamientos de uretra que ha sido necesario dilatar de antemano, y la desviacion que sufre la sonda metálica en las personas que tienen cálculos voluminosos. Esta última dificultad ha hecho incurrir en error á algunos médicos, que como en el caso de las piedras referidas y en el de las voluminosas, dijeron que no habia cálculos. En mi concepto, en los individuos que tienen cálculos voluminosos y antiguos, la vejiga, acostumbrada á contraerse anormalmente, en el momento de introducir la sonda, se biloba formando una envoltura al cálculo, dejando un pequeño espacio libre en el que se mueve con dificultad la sonda, y sobre todo, no se puede percibir su contacto con la piedra: así se explica que inyectando una poca de agua tibia y administrando el cloroformo, que relaja las paredes del vientre, cuya contraccion ayuda al error, pueda, jugando con facilidad la sonda, sentirse bien el cálculo y aun medirse.

Concluyo exponiendo la opinion del Dr. Rosendo Gutierrez, quien cree que el buen éxito de estas operaciones, es debido, en su mayor parte, al clima favorable de Leon, pues que se han practicado y se practican aquí otras grandes operaciones con éxito feliz.

Leon, Octubre de 1888.

DR. JOSE GARCIA SAAVEDRA.

MEDICINA LEGAL.

BREVES COMENTARIOS Á ALGUNOS ARTÍCULOS DEL CÓDIGO PENAL MEXICANO.

(Arts. 527-528.)

(Concluye).

Por heridas que no ponen en peligro la vida debe entenderse aquellas que ni por su sitio, profundidad, extension, duracion, marcha y terminacion, hayan podido comprometer la existencia del herido. Es fácil comprender que estos términos son solidarios entre sí, es decir, que, las condiciones que debe llenar una herida para poder ser considerada en esta categoría, son absolutamente dependientes las unas de las otras; así, una herida situada en cierta region del cuerpo humano, puede ser más ó menos grave segun su profundidad, su extension ó las complicaciones de que fué *causa directa*.

Las heridas que no pueden poner en peligro la vida, son aquellas que en la generalidad de los casos no producen mas perturbaciones en el organismo, que las que son inherentes á la herida y cuya influencia no se extiende más allá de la herida misma.

En uno y otro caso, la clasificacion no puede establecerse mas que *á posteriori* y en consecuencia tal clasificacion no puede ser rigurosamente lógica, puesto que queda sujeta á infinidad de eventualidades que no están ni pueden estar previstas por el legislador.

La prueba de que estas eventualidades aparecen, sin que el resultado final de una herida haya cambiado, es, que en el artículo siguiente (528) se ha previsto el caso en que una herida *pudo* haber puesto en peligro la vida del ofendido y esto con una diferencia enorme de la penalidad.

¿No es un error castigar una falta por los males que *pudo* haber ocasionado? Es justo, es necesario, castigar por los males que resulten directamente de la lesion; pero imponer penas para corregir lo que pudo haber

sucedido, y que en realidad no sucedió, nos parece un principio sobradamente infundado.

¡Cuántas cosas no castiga el Código que *pueden* ocasionar males! Seria absurdo que tal hiciera y este absurdo es precisamente el que se comete en el art. 528.

Se comprende que el espíritu del legislador es aplicar una pena mayor por el peligro en que estuvo el ofendido; pero este peligro, que en muchas ocasiones depende de la constitucion física de la víctima, de la impericia del médico, de la falta de elementos para suministrar una asistencia oportuna, de otras mil circunstancias ajenas á la herida misma, este peligro decimos, no puede constituir una falta mayor, puesto que los males físicos y morales que la herida produjo son, ni más ni menos, aquellos que producen las lesiones comprendidas en la fraccion I del art. 527.

Podria objetársenos que la intencion con que se infieren las heridas que pueden poner en peligro la vida es, por decirlo así, más malévola, es decir, hecha con el objeto de producir la muerte. Nosotros responderemos á esto, que en una riña, ó en cualquier lance de esa especie, casi nunca el heridor se encuentra en estado de pensar que hiriendo en tal ó cual region producirá tales ó cuales resultados; puede suceder, y sucede en efecto en muchos casos, que ya sea que el heridor obre por defenderse ó por agredir á su contrario, los golpes son dirigidos por la casualidad y con una violencia de que el agresor no se da perfecta cuenta.

Sea por ejemplo: las heridas que se suponen hechas con la intencion de dar la muerte, se verifican casi siempre en la region precordial; la presencia de una herida en esta region, haria presumir la intencion dolosa de dar la muerte, y en vista de esta intencion, tal herida deberia *siempre* corresponder á aquellas que pueden poner en peligro la vida. Desde luego se advierte que esto seria absurdo, puesto que una herida que solo interese la piel, el tejido celular y aun la capa muscular, aunque situada en la region precordial, ni pone ni puede poner en peligro la vida.

Una herida de la piel del cráneo hecha con arma de fuego, pero no interesando mas que una pequeña porcion de la piel y el tejido celular (heridas en cedal) ni pone ni puede poner en peligro la vida, y sin embargo, la region en que está situada y la clase de arma empleada, son circunstancias que se encuentran ordinariamente en las heridas que causan la muerte.

Los defectos que hemos mencionado en los arts. 527 y 528 pudieran ser explicados, si no justificados, por la dificultad de establecer una clasificacion que comprenda todos los casos.

Pero al menos creemos justo, necesario, ineludible, establecer en el Código mismo artículos especiales que se ocupen del resultado material de las lesiones.

Examinaremos, aunque sea muy someramente, las fracciones que componen el artículo 527.

"Las lesiones que no pongan ni puedan poner en peligro la vida del ofendido, se castigarán con las penas siguientes:

"I. Con arresto de ocho dias á dos meses y multa de 20 á 100 pesos, con aquel solo ó solo con ésta, á juicio del juez, cuando no impidan trabajar más de quince dias al ofendido, ni le causen una enfermedad que dure más de este tiempo."

El plazo de quince dias, fijado arbitrariamente, coloca al perito en la necesidad de conocer, de una manera exacta, cuál es el momento en que el herido pasa del estado patológico al fisiológico; el retraso de un solo dia determina una enorme diferencia en la penalidad.

Un plazo más lato, de quince ó veinte dias, si no subsana enteramente la dificultad, al menos colocaria al perito en un terreno más propicio para juzgar de la curacion ó no curacion de una herida.

"II. Con la pena de dos meses de arresto á dos años de prision cuando el impedimento ó la enfermedad pasen de quince dias, y sean temporales."

¿Qué debe entenderse por impedimento ó enfermedad temporal? Aquellas lesiones cuya curacion puede efectuarse en un espacio limitado de tiempo. El artículo no limita el tiempo; en consecuencia, la apreciacion depende enteramente de la conciencia del facultativo.

"III. Con tres años de prision cuando quede al ofendido una simple cicatriz en la cara, si es además perpétua y notable, ó pierde la

facultad de oir, ó se le debilite para siempre la vista, una mano, un pié, un brazo, una pierna, el uso de la palabra ó alguna de las facultades mentales."

Prescindiendo de que en medicina no se han dividido las cicatrices en simples y compuestas, para que el Código especifique que ha de ser simple la cicatriz para que éntre en esta categoría, encontramos que se obra de idéntica manera cuando existe una cicatriz de muy pequeña extension que cuando existe una de varios centímetros.

"Generalmente se da el nombre de *sordo* á todo aquel individuo que en condiciones normales deja de percibir las sensaciones acústicas que sin medio artificial perciben los que lo rodean. (Tésis de R. Gomez Mackelroy). Entre esos individuos hay unos que oyen exagerándoles la intensidad de los sonidos; otros recogiendo, por aparatos especiales, las ondas sonoras y dirigiéndoselas al oido; otros por medios de conductibilidad más ó menos ingeniosos. ¿De quién de ellos, con más derecho, se puede decir que ha perdido el oido? Todos lo tienen debilitado, mas no lo han perdido pues que aún oyen."

La pérdida completa del oido es sumamente rara. La debilidad de la audicion es frecuente, pero esta debilidad está sujeta á grados, á los que comprende una misma penalidad. Esta palabra, *debilidad*, se extiende, en la fraccion de que venimos hablando, al sentido de la vista y, como en el caso anterior, desde una debilidad ínfima hasta una debilidad considerable, se castiga con tres años de prision.

Por lo que toca á la debilidad de alguna de las facultades mentales, diremos que es sumamente difícil apreciar las alteraciones de la inteligencia cuando no alcanzan un grado notable de anomalía; por otra parte, no enuncia el artículo si la alteracion ha de ser transitoria ó persistente.

"IV. Cuando resulte alguna enfermedad segura ó probablemente incurable, impotencia, la inutilizacion completa, ó la pérdida de un ojo, de una mano, de una pierna, de un pié, ó cuando el ofendido quede deforme en parte visible, etc."

En esta fraccion solo podriamos hacer observar que la palabra *Deformidad* se presta á consideraciones que pueden variar mucho segun la persona que juzgue.

Por *Deformidad* entiende Littré y Robin: "vicio de la conformacion exterior del cuerpo, que la vuelve contraria á las condiciones de belleza propias de la especie."

La Real Academia Española dice: "*Deforme.*—Desfigurado, feo, imperfecto, desproporcionado en la forma."

En ambas definiciones se nota la nocion de fealdad que no es igualmente apreciada por todos. El artista percibirá imperfecciones en la forma que no podrán ser percibidas por ojos profanos. El médico, por los estudios á que se dedica, no está ni puede estar obligado á distinguir lo hermoso de lo feo; sus miras deben limitarse á distinguir las imperfecciones anatómicas, las depresiones reemplazadas por salientes ó vice-versa.

Además de esta falta, notamos que no limita el tiempo en que puede considerarse deforme una cicatriz. Muchas ocasiones se ha visto que cuando una causa va á jurado, el ofendido, cuya herida habia *quedado notablemente* deforme, no conserva el menor vestigio de ella y por ende la deformidad ha desaparecido; sin embargo, el certificado expedido al salir del hospital, acusaba deformidad perpétua. Esta circunstancia agravante corresponde en la penalidad á un aumento de uno á tres años de prision. Observemos que la ley juzga más perjudicado al deforme que al sordo.

Defectos son estos que atañen á la forma que se ha dado á las fracciones que comprende el art. 527. Creemos que lo que hemos dicho tocante á la base de clasificacion de las lesiones, debe ser tomado en consideracion en vista de las dificultades que diariamente se suscitan entre la defensa y el cuerpo médico-legista.

DR. MANUEL BARREIRO.

REMITIDOS CIENTIFICOS.

COMA DIABETICO.

(CONCLUYE).

El Coma diabético es uno de los más terribles accidentes á que está expuesto el glycosúrico, y puede sobrevenir: 1º como fenómeno inicial y precoz en el curso de una diabetis aguda de la cual es el síntoma revelador: 2º en el curso de la diabetis y

sorprendiendo al enfermo en un estado de salud relativamente bueno: 3° como terminacion de una glycosuria antigua.

Sin los antecedentes del enfermo, cuya historia refiero, hubiera sido dificilísimo remontarse á la causa del brusco ataque que le privó de la vida; creyéndose uno autorizado para calificarlo de congestion ó apoplexía cerebral, por lesion vascular (ateroma senil). Como su aliento no exhalara el olor particular de la acetona, ni se tuviera á mano la orina (que tampoco hubiera denunciado la acetonemia posible) el diagnóstico hubiera sido erróneo, aunque en verdad esta precision clínica ninguna influencia tenia en el tratamiento.

El cuadro de síntomas de mi enfermo corresponde al del Coma simple ó Colapsus Diabético por haber faltado el tipo especial de la respiracion llamado de Kusmaul y Kien que se observa en el Coma Dispnéico y el de la de Cheyne–Stokes tambien notado en el Coma asociado á la Uremia. No es esto decir que no hubiera dispnea sino simplemente anotar que diferia de los tipos descritos y que caracterizan á sus correspondientes variedades de Coma. Los síntomas abdominales que suelen existir en el periodo de invasion del Coma no se presentaron; pero sí el profundo agotamiento nervioso, el enflaquecimiento muy rápido y, puede asegurarse, la hipotermia.

Este accidente sobrevino de una manera provocada por una lamentable ignorancia, aunque su aparicion á más de posible era inminente, visto el carácter sobreagudo de la Glycosuria. Dos puntos son dignos de fijar la atencion en esta historia: el primero, el orígen ó causa de la Diabetis: segundo, la complicacion fortuita y prematura que ocasionó tan rápidamente la muerte.

Comenzando por la influencia hereditaria he hecho notar los antecedentes de este género, pues el padre del enfermo murió de la misma enfermedad; y aunque no sea indispensable, pudo haber tenido parte en la idiosincracia ó predisposicion especial del individuo. La mayor parte de los autores citan aquella observacion de Bouchardat que fué conducido al descubrimiento de la glycosuria en un paciente que no tenia la menor sospecha de estar afectado, por asistir, á la sazon, de diabétis, á un hermano suyo; y esta influencia etiológica la admiten Watson, Prout y otros que han registrado casos análogos. La causa inmediata y más aparente fué una indigestion que obró como ocasional. ¿La antigua enfermedad del hígado tuvo alguna relacion con el rápido desarrollo de la glycosuria? Es posible, aunque poco probable, pues las de orígen hepático son por lo regular intermitentes ó dependen de graves lesiones en la víscera, que no pasan inapercibidas por venir acompañadas con otros síntomas, como son algunas cirrósis é ictericias. El trastorno gastro–intestinal por las evacuaciones, dispepsia y la dieta que motivó, vino á dar un fuetazo al organismo ya predispuesto, á lo que se agregó la ingestion perjudicial de agua helada, frecuentemente, estando el cuerpo bañado en abundante transpiracion. S. James Bardsley asegura que esta última causa fué muy apreciable en doce casos observados por él. Ciertamente que el organismo flaco y poco resistente del diabético está muy expuesto á perecer por cualquier causa debilitante que obre sobre la inervacion.

La marcha tan rápida de la enfermedad y su terminacion, se explican por la serie no interrumpida de errores é imprudencias del paciente. Hizo todo lo posible, sin saberlo, para abreviar sus dias, comiendo todo género de alimentos que le eran nocivos, pues aumentaban la cantidad de azúcar en la sangre, como frutas y dulces, bebiendo sin discrecion enormes cantidades de agua helada y tomando dos veces al dia un baño frio de dos horas.

En cuanto al Coma final, ¿á qué causa podrá atribuirse? Hasta hace pocos años ha venido estudiándose más á fondo esta complicacion, que dia por dia se esclarece, sin llegar no obstante á una solucion satisfactoria para todos los casos. Desde la Memoria de Kusmaul, de 1875, hasta el último trabajo del Dr. Mabboux, de 1885, que resume de una manera completa el estado de la ciencia sobre este punto, se han publicado, tanto en Inglaterra como en Alemania y despues en Francia, muchos casos que han dado márgen á cuatro teorías: la primera, de la toxemia; segunda, de la deshidratacion de los tejidos; tercera, la del aumento de la grasa en la sangre y existencia de embolias pulmonares; cuarta y última, la del desfallecimiento del corazon, collapsus cardiaco, por atrofia del miocardio.

La primera de estas teorías parece convenir más especialmente á mi caso, aunque la falta de algunos signos y datos necroscópicos, no permiten asentar mas que probabilidades: me parece que la uremia por insuficiencia de eliminacion, ocasionó el envenenamiento comatoso, pues he visto varios enfermos que evidentemente han fallecido por esta causa y tenian un aspecto exactamente igual; y esto no impide que se hubiere agregado, como Buhl y otros admiten, el que produce la acetona ó alguno de los derivados de la glucosa, como el éter ethylacético ó ethyldiacético. Para ser más afirmativo era necesario saber y haber demostrado cuál era el estado de la sangre, del corazon y de los riñones, sobre todo para saber si hubo lesiones de textura, como la degeneracion hyalina de los tubos (tubuli contorti) recientemente descrita por Armanni, ó la

obstruccion por materia glycogena, que han descubierto en algunos casos Ehrlich y Strauss, ó una degeneracion grasosa como la que encontró el P. Colin en su caso publicado en 1868.

Sin datos suficientes no es posible aventurar mas que conjeturas, y creo que por ahora debemos atenernos á la discreta opinion del Dr. Mabboux ya citado, quien dice:

"Varios puntos de la patogenia del Coma Diabético están en la oscuridad, quedando pendiente, por lo mismo, la discusion; pero el mayor número de patólogos se inclina á considerar esta funesta complicacion de la Diabétis, como la expresion clínica de un envenenamiento de la sangre, por los productos de la fermentacion de la glucosa. Por mi parte, me adhiero á la opinion de los que consideran como complexa esa toxemía, que resulta de la descomposicion de la glucosa y entre cuyos productos se desarrolla la acetona, envenenamiento favorecido por el impedimento que los diversos emontorios oponen á la eliminacion. El factor principal reside en las lesiones renales que habitualmente acompañan á la glycosuria y son engendradas por ella."

El tratamiento curativo del Coma Diabético está por encontrar: todos los enfermos que han sido atacados han sucumbido.

Octubre de 1888.

DR. A. J. CARBAJAL.

CONOCIMIENTOS ACTUALES

SOBRE LAS ATROFIAS MUSCULARES Y LAS HIPERTROFIAS, POR EL DR. LANDON CARTER GRAY, PROFESOR DE ENFERMEDADES NERVIOSAS Y MENTALES EN LA POLICLÍNICA DE NUEVA-YORK.

Los músculos, los nervios motores y la columna gris anterior de la médula espinal, en el punto de emergencia de los nervios motores, constituyen anatómica y patológicamente un sistema distinto que puede ser denominado "aparato neuro-muscular." Si una enfermedad invade cualquiera de estas tres partes que constituyen el aparato neuro-muscular, las otras dos pueden ser atacadas, pues las conexiones anatómicas que las unen son tan íntimas, que evidentemente hay una razon material para que exista esa misma intimidad en sus relaciones patológicas.

La columna anterior de materia gris se extiende á toda la longitud de la médula espinal y se prolonga hácia arriba hasta la porcion intracraneana de la médula, conocida con el nombre de médula alargada, terminando en el tercer ventrículo. Está colocada en diferentes posiciones con relacion á las partes que componen el sistema nervioso: en la médula espinal está en el centro, formando los cuernos grises; en la médula alargada ocupa el piso del tercer ventrículo y el acueducto de Sylvius, separada en masas distintas llamadas "núcleos."

La columna anterior de materia gris se extiende, pues, desde la cola de caballo hasta el piso del tercer ventrículo; respecto de sus funciones, se puede asegurar que son siempre motrices y que da solamente nacimiento á nervios motores.

Actualmente poseemos conocimientos bastante precisos acerca de los puntos de emergencia de los diferentes nervios motores que tienen tal orígen, comenzando hácia arriba con el tercer par ó motor ocular, y terminando hácia abajo con los nervios motores del miembro inferior.

Las celdillas nerviosas contenidas en la columna gris anterior, son conocidas con el nombre de celdillas ganglionares; tienen un tamaño considerable y están provistas de un núcleo distinto, un nucleolo y un cierto número de prolongaciones protoplásmicas llamadas "procesos."

Estos "procesos" son de dos clases: los primeros son ramos y ramificaciones que nacen del cuerpo de la celdilla y crecen tan lentamente como ella; éstos constituyen los "procesos protoplásmicos;" los segundos son ramos que crecen más que la celdilla y que, segun lo afirman observadores competentes, llegan á la periferia cubiertos de una capa de mielina, lo cual hace suponer que tales prolongaciones constituyen el *cilinder-axis* de los nervios periféricos: estos son los "procesos-cilindros-eje." Las terminaciones nerviosas intra-musculares han sido bien estudiadas por muchos histologistas eminentes; últimamente por Gessler en el lagarto verde de Italia y en el cochino de la India.

Este autor asegura que la placa motriz terminal es esencialmente la misma en los mamíferos y en los reptiles.

Esta placa motriz terminal consiste en un fino plexus nervioso entre ó bajo el cual (los autores difieren en este punto insignificante) reposa una masa finamente granulada que contiene dos clases de núcleos: los unos pequeños, granulados y de forma irregular; los otros grandes, de forma oval, con doble contorno y nucleolos. Los primeros conocidos por el nombre de *Scheiden* ó *Geästkerne*, ó *noyaux vaginaux* de Ranvier, y los segundos conocidos por *Grund* ó *Sohleukerne* ó *noyaux fondamentaux* de Ranvier.

Las fibras nerviosas medulares llegan hasta la placa terminal, que reposa sobre el músculo mismo y penetran en ella en ángulo recto, perdiendo su cubierta medular, exactamente en el momento en que invaden el plexus nervioso que acabamos de describir.

Hay razones para creer que las celdillas ganglionares de la materia gris de la columna anterior están dotadas de dos clases de funciones: la funcion motriz que queda alterada cuando el síntoma primordial es la parálisis, y la funcion trófica que es la que se afecta cuando la atrofia muscular es el síntoma primero y predominante.

Pareceria, sin embargo, que en el primer caso se afecta una celdilla motriz y en el segundo es imposible negar que la destruccion de la fibra muscular es causada por una alteracion de los centros tróficos ó nutritivos. Pero de cualquiera manera que sea, podemos asegurar que en todos los casos de enfermedad de las celdillas grises de la columna anterior de la médula, aparece tarde ó temprano la parálisis motriz y la atrofia muscular, pudiendo cualquiera de estos efectos sobrevenir antes que el otro; las dos clases de celdillas se afectan siempre aun cuando dicha alteracion no sea simultánea.

Las enfermedades que afectan cualquiera de los tres componentes del aparato neuro-muscular (celdillas ganglionares, nervios motores y músculos), producirán la parálisis y la atrofia muscular. Si las celdillas ganglionares son las afectadas, el nervio motor será invadido por la degeneracion, el músculo se paralizará y la atrofia sobrevendrá fatalmente. Si el nervio está enfermo, la porcion situada abajo de la lesion sufrirá la regresion y el músculo quedará paralizado y atrofiado como antes; si, por último, el músculo es el sitio de la alteracion, puede paralizarse y atrofiarse en seguida. Los tres síntomas de las lesiones del aparato neuro-muscular son: 1°, parálisis motriz; 2°, atrofia de los músculos; 3°, cambios de las reacciones eléctricas, producidos por la degeneracion del nervio y del músculo.

Ahora podemos entender el motivo de la discusion que se ha levantado, referente á la determinacion del punto enfermo del aparato neuro-muscular, cuando existen los tres síntomas que acabamos de enumerar. El punto objetivo real es el músculo; este órgano es enteramente dependiente del sistema nervioso, y á su vez, el sistema nervioso lo es de él. Nada puede hacer el uno sin el otro. El músculo no puede contraerse mas que por influencia del sistema nervioso y á su vez éste no puede expresar su actividad sino por ciertos músculos y no puede existir sino por medio de ciertos otros. El cerebro, enviando sus mandatos á las celdillas de la columna anterior de materia gris, y despues por el intermediario de los nervios motores, puede únicamente comunicar sus variados pensamientos y emociones tocante al mundo exterior y solo puede obrar por medio de los músculos; el sistema nervioso que misteriosamente suministra fuerza y actividad al corazon, al aparato respiratorio y á las arterias, no puede vivir sin la accion del aparato vascular. Por otra parte, ¿de qué serviria una pierna ó un corazon privados de las conexiones nerviosas? Así pues, parálisis motriz y atrofia muscular con ó sin cambios eléctricos, son signos de enfermedad del aparato neuro-muscular, de la sustancia gris, de los nervios motores ó de los músculos.

A priori es difícil comprender por qué la enfermedad, atacando una porcion de la columna gris anterior, por ejemplo el hinchamiento lumbar, no invade la columna entera complicando así en el proceso todos los centros de orígen de los músculos del tronco, cuello, corazon, órganos respiratorios, cara y cabeza; ahora bien, ¿por qué la enfermedad no se extiende siempre al interior de los músculos como sucede al exterior de ellos? Leyes son estas que rigen las enfermedades y que aun permanecen ocultas para nosotros; dediquémonos á estudiar sus efectos sin pretender inquirir su explicacion. Podemos decir, con certeza, que durante los tres primeros años de la vida, la columna anterior de sustancia gris de la region dorsal de la médula, está especialmente predispuesta á enfermarse en uno de sus lados; podemos, asimismo, afirmar que esta porcion contiene el núcleo del facial y el espinal accesorio, nervios que están especialmente predispuestos á enfermarse, pero sin que tal predisposicion se encuentre en un punto más elevado ó más bajo. Podemos decir lo mismo del núcleo de los diferentes nervios que animan los músculos del globo del ojo, el tercero, cuarto y sexto pares, y asentar que en ciertos individuos solo los músculos se encuentran afectados. Pero si podemos afirmar todas estas cosas, no debemos pretender aún explicárnoslas y solo recordar que estos diferentes resultados han sido notados antes que la patología fuese conocida; en consecuencia, no debe extrañar que la nomenclatura sea puramente representativa y corresponda á datos clínicos ó locales.

Las enfermedades del aparato neuro-muscular son:

1. Mielitis de los cuernos anteriores.
2. Parálisis gloso-labio-laringea ó parálisis bulbar.
3. Oftalmoplegia progresiva.
4. Pseudo-hipertrofia muscular.
5. Atrofia muscular progresiva.

De estas, las tres primeras (mielitis de los cuernos anteriores, parálisis bulbar y oftalmoplegia) son debidas á lesiones de la columna gris anterior; la cuarta (parálisis pseudo-hipertrófica) es indudablemente de orígen muscular, mientras que la quinta (atrofia muscular progresiva) es unas veces debida á lesiones de la sustancia gris, otras de orígen muscular y otras á una lesion mixta.

Cada una de las tres de orígen central, tiene una localizacion propia en la columna gris anterior: la primera en la médula espinal; la segunda en los núcleos de los nervios facial, hipogloso y espinal accesorio, situados en la médula alargada, y la tercera es debida á la invasion del núcleo de los nervios oculares en el piso del acueducto de Sylvius en el tercer ventrículo.

La Mielitis (*) *de los cuernos anteriores* es una parálisis motriz que afecta los músculos de las extremidades que están asociadas en funcion y que es seguida por la atrofia y cambio eléctrico de los músculos paralizados. No obstante que puede ocurrir en cualquiera edad de la vida (se han observado casos en que aparece en edades extremas: de 3 meses y de 67 años) existen dos periodos en la vida del hombre en que hay predisposicion: durante los tres primeros años de la infancia, y de 18 á 40 años. Puede ser aguda, sub-aguda ó crónica. En todos los casos, la parálisis es el primer síntoma y á este sigue la atrofia en el curso de pocas semanas en los casos agudos, ó despues de largo tiempo en los casos crónicos.

En el niño se limita ordinariamente á una extremidad (generalmente á un miembro inferior) en tanto que en el adulto, la paraplegia es la forma más comun de la parálisis.

Parálisis labio-gloso-laringea (*Parálisis bulbar*). Esta enfermedad es una parálisis motriz con atrofia muscular, que afecta los nervios motores craneanos y sus músculos, especialmente el hipogloso, ciertos filamentos del facial y del espinal accesorio.

Frecuentemente la atrofia es el primer síntoma que aparece, no obstante que algunas autoridades pretenden que la parálisis puede ser primitiva.

La atrofia se muestra desde luego en los músculos de la lengua, despues en los músculos de los labios y de la parte inferior de la cara (rara vez en los párpados) y finalmente en los músculos de la laringe, faringe, esófago y corazon. La dificultad en el lenguaje comienza á ser evidente por la atrofia de la lengua, la cual presenta una cisura ó canaladura en su parte mediana y está como rayada en toda su superficie y cortada en los bordes. El espesor del órgano disminuye tanto, que parece haber aumentado de tamaño.

Además de esto, la generalizacion de la parálisis causa dificultad en la pronunciacion de las letras, en las que interviene la lengua y existe dificultad en la deglucion.

La invasion de la parte inferior de la cara es denotada por la destruccion de sus músculos, dificultad en los sonidos labiales y alteracion de la fisonomía.

La oftalmoplegia progresiva se manifiesta por la parálisis de los músculos del ojo.

Estos músculos pueden considerarse como internos y externos. Los primeros son el esfinter de la pupila y el tensor de la coroide; los segundos son los bien conocidos músculos insertos en el contorno del globo ocular. El tercer par y el motor ocular inervan los músculos interiores y cuatro de los exteriores, así como el elevador del párpado superior. Estos cuatro son: el recto interno (lleva el ojo hácia adentro), el recto superior y el oblicuo inferior (elevadores del ojo), y el recto inferior (uno de los dos depresores del ojo). Los otros dos, de los seis exteriores están inervados por el cuarto par (oblicuo superior) y por el sexto par (recto externo). En *la oftalmoplegia* se encuentra invadido el núcleo de estos nervios oculares y los síntomas son los que resultan de la parálisis del aparato muscular interior y exterior del ojo, más la parálisis del elevador del párpado. Puede suceder que la parálisis afecte algunas veces los músculos exteriores, otras los interiores, y otras, en fin, ambos aparatos parcialmente.

La Parálisis pseudo-hipertrófica es una enfermedad de la niñez, caracterizada por un depósito de grasa al derredor de la fibra muscular, más especialmente sobre los músculos de las extremidades inferiores, lo que les da un aspecto de hipertrofia ó de desarrollo verdaderamente atléticos.

Las extremidades superiores se afectan tambien, pero aquí no es hipertrofia sino atrofia de los músculos, y el contraste entre la fortaleza aparente de las personas y la destruccion de los brazos, hace una impresion que no se olvida nunca, cuando una vez se ha visto. Lo que primeramente llama la atencion es ver que el niño titubea y cae frecuentemente, lo cual parece inexplicable en vista de la robustez aparente de sus miembros.

La atrofia muscular progresiva es una enfermedad acerca de la cual ha habido gran confusion y divergencia de opiniones. Los primeros escritores sostuvieron ardientemente que esta enfermedad era debida siempre á una lesion de la columna gris anterior. Freidreich escribió una voluminosa obra sobre este asunto, en 1873, para probar que era siempre de orígen muscular.

Pocos años hace que se vienen recogiendo hechos que prueban que puede tener ambos orígenes, pero el punto más discutido es el que se refiere á las variedades patológicas llamadas "tipos," en los que segun el grupo de músculos afectados se atribuia un orígen central ó periférico á la enfermedad.

A tal grado llegó esta creacion de tipos distintos, que muy pronto llegaron á ser muchas docenas de

(*) Sinonimia: Polio mielitis anterior, parálisis esencial de la infancia, parálisis espinal infantil, parálisis atrófica del niño.

tipos diferentes, conocidas con el nombre de sus pretendidos descubridores. Bajo el punto de vista clínico y patológico puede bastarnos con la admision de los cuatro tipos siguientes:

1. El tipo de la mano.
2. El tipo juvenil (Erb.)
3. El tipo facial infantil (Landouzy y Déjérine).
4. El tipo peroneano (Charcot, Marie, Tooth).

1º En el tipo de la mano, la enfermedad ataca casi siempre la mano derecha, rara vez las dos manos. Los músculos cortos del pulgar y los que ocupan la base del dedo pequeño, son los primeros afectados (eminencias thenar é hipothenar). Frecuentemente se ve comenzar la atrofia por el corto abductor, el oponente y el aductor.

La atrofia completa de los músculos del pulgar produce un estado al que se ha dado el nombre de "mano de mono" (Apehaud, Affenhaud). Poco despues, algunas veces muy pronto, otras más tarde, los interhuesosos comienzan á quedar comprendidos en la lesion, lo que produce el hundimiento de los espacios del dorso de la mano; cuando esta atrofia ha llegado á cierto grado, produce, con la contraccion de los músculos antagonistas, lo que se ha llamado "mano en garra." (*Klauenhaud*).

Consecutivamente, y á veces despues de largo tiempo, los músculos del antebrazo y aun del brazo comienzan á atrofiarse. En el antebrazo quedan comprendidos el largo abductor y largo extensor, los supinadores y los flexores; en el brazo, el deltoide se afecta casi invariablemente, despues el biceps y finalmente el triceps. Pero tarde ó temprano, los músculos del tronco participan tambien de la atrofia, especialmente el trapecio, los pectorales, los romboides y el gran dorsal. Rara vez la atrofia invade los músculos cervicales y el diafragma. Despues de muchos años la enfermedad puede invadir la médula alargada y producir la atrofia de la lengua y dificultad en la deglucion y aun ocasionar la muerte por inanicion ó perturbaciones respiratorias.

2º El tipo juvenil (Erb.) Esta forma fué primeramente descrita por Erb, en 1884, y difiere esencialmente de la anterior por la localizacion que es casi siempre en los músculos del hombro y del brazo y en seguida invade los músculos de la pélvis y de la extremidad inferior: ataca los músculos pectorales, trapecio, romboide, gran dorsal, sacro-lombar, flexores del antebrazo, largo supinador y triceps. En el miembro inferior quedan comprendidos el gluteo, el triceps sural, el peroneano y el tibial anterior.

3º El tipo facial infantil (Landouzy y Déjérine), comienza generalmente por los músculos de la expresion, tal como ha sido descrita por Landouzy y Déjérine. La cara está en reposo, los labios colgantes, la frente parece ser de marfil y los ojos parecen propulsados hácia adelante.

En los esfuerzos de mímica, la sonrisa es triste (*rire en travers*) los movimientos de los labios son incompletos y la inmovilidad de los labios contrasta con la animacion de los ojos.

Despues que la cara ha quedado destruida, es de regla que la atrofia ataque los músculos del hombro y del brazo; pero de éstos hay algunos que quedan íntegros; tales son: el supra-espinal, el infra-espinal, el infra-escapular y los flexores de la mano y de los dedos.

4º El Tipo Peroneano (Charcot, Marie, Tooth), ha sido descrito por los franceses en 1886; el Doctor Tooth dice haber llamado la atencion sobre esta forma de atrofia en su tésis de agregacion. Como lo indica el nombre que le hemos dado, se muestra primitivamente en los músculos de la pierna, invade despues la mano y varios años despues los músculos del antebrazo.

(Continuará).

SECCION DE PREGUNTAS.

Sres. redactores de la *Revista Médica de México.*—Presentes.—Sírvanse vds. darme algunas referencias sobre las dósis á que puede administrarse *la marihuana* sin producir envenenamiento, así como los síntomas que ocasionan las dosis tóxicas. —*H. M.*

Sr. H. M.—En la seccion de Medicina Legal, insertamos un dictámen del Cuerpo Médico-Legista en que se habla de la cuestion propuesta; y, además puede vd. consultar la tésis inaugural del Sr. Dr. D. Genaro Perez (1886) de la que tomamos los siguientes párrafos que el autor, á su vez, toma de Brierre de Boismont, referentes á los síntomas del envenenamiento:

"La experimentacion cuyas fases todas seguia-"mos, presentó una serie de fenómenos sobre "los cuales debemos llamar la atencion. Los in-"dividuos sometidos á la accion del *Haschisch* "experimentaban un sentimiento de bienestar, se "felicitaban de haber tomado este excelente breba-"je, tenian sensaciones voluptuosas que referian al "epigastrio y parecian sumergidos en un verdade-"ro éxtasis. Al principio buscaban la soledad para "saborear sus placeres: despues, á medida que la "sustancia producia sus efectos, se excitaban más, "sus ideas se sucedian con rapidez, adquirian mayor "desarrollo, actividad y fuerza. El músico afirmó "que no tenia cuerpo, que su espíritu estaba entera-"mente libre......

"Una observacion que hemos hecho durante las "experiencias sobre el *Haschisch* es que la organi- "zacion tenia una parte poderosa en las manifesta- "ciones exteriores. El hombre nervioso se ponia fá- "cilmente en comunicacion con la persona que le in- "terrogaba hasta dejarse influenciar fácilmente por "ella, mientras que el que era frio, dueño de sí mis- "mo, parecia conservarse más en guardia.

"Uno de los experimentados declamó unos ver- "sos que no se recogieron porque se les creyó de "Víctor Hugo; pero preguntado por uno de los es- "pectadores afirmó que eran suyos; sin embargo, á "pesar de esta excitacion poética, como conserva- "ba el sentimiento de su personalidad, declaró que "la experiencia no habia agregado nada á sus co- "nocimientos.

"Era un espectáculo curioso ver á estos hombres, "presa de una *exaltacion maniaca*, cuyos discursos "eran comunmente incoherentes y los actos á ve- "ces ridículos, proclamar altamente uno ú otro, "que darian una oreja y un ojo por tener una "lengua más, á fin de contar todo lo que sentian, "y exclamar: *estamos en el delirio, qué locura tan sin- "gular;* despues sacar su reloj con el aire más natu- "ral, decir la hora precisa que marcaba, responder "muy sensatamente á las preguntas que se les ha- "cian, y continuar en seguida su monólogo mez- "clado con observaciones razonadas y de concep- "ciones delirantes. En un caso se ha podido com- "probar un hecho que tenia analogía con el prin- "cipio de la dualidad del espíritu que ha querido "establecer el Dr. Wigan: el individuo oia con un "oido la conversacion y con otro la música.

"Las nociones del tiempo y del espacio eran con- "fundidas, desconocidas, como en los sueños. Los "objetos se presentaban al espíritu y á los ojos con "todo su colorido. Así M. D. veia levantar los ci- "mientos del Panteon de Nápoles construido en- "frente del Palacio del Rey; describia de la mane- "ra más pintoresca los sitios y los campos que le "habian llamado más la atencion. Los sentidos del "oido y de la vista habian adquirido una delicade- "za extrema; sus recuerdos podian ser evocados y "reavivados, como si hubiesen sido reales; pero era "preciso que recordasen cosas conocidas; de otro mo- "do, M. D. respondia que no podia hablar de lo que "no habia visto, ó bien la descripcion era oscura. "Esta agudez de los sentidos, la especie de adivi- "nacion que se notaba en las palabras, habian su- "gerido la idea de que se podia leer en el pen- "samiento del experimentado; uno de ellos le pre- "guntó si veia en su cerebro; éste respondió: ¿có- "mo es posible esto? percibo velos entre él y yo. "A veces los muebles, los espectadores, tomaban as- "pectos ridículos, posiciones raras.

"A pesar de la incoherencia de las ideas, los ex- "perimentados conservaban el conocimiento de las "personas y de las cosas, tenian en el sentimiento "de su individualidad, la conciencia de sus pala- "bras y de sus actos, sin embargo, obedecian á una "fuerza que los impulsaba á reir ruidosamente, á "bailar, á expresar en voz alta lo que les pasaba "por la cabeza, y á proferir palabras incoherentes, "absurdas, etc.

"Es curioso hallar en el análisis psicológico de "los hechos de Sir Humphry Davy, de Thomás "de Quincey y de nuestros dos experimentados, "los ocho fenómenos principales que M. Moreau "(de Tours) ha señalado cinco años más tarde en "su obra sobre el *Haschisch.* Basta para convencerse "de ello, señalarlos aquí en el órden que él les ha "asignado: 1º sentimiento de bienestar; 2º disocia- "cion de las ideas, ó debilitamiento del poder de "dirigir los pensamientos, 3º error sobre el tiempo "y el espacio; 4º desarrollo de la sensibilidad del "oido, 5º ideas fijas y concepciones delirantes; 6º "lesion de los afectos, como la desconfianza, ó la "vuelta de sentimientos pasados al estado de re- "cuerdo; 7º impulsiones irresistibles; 8º en fin, las "ilusiones y las alucinaciones. M. Moreau no co- "nocia nuestro trabajo, pero esta concordancia es "la prueba del cuidado que se ha puesto de ambas "partes en el exámen de los hechos."

MEDICINA LEGAL.

INVESTIGACION DE LA CANABINA.

DOSIS FISIOLOGICAS Y TOXICAS DE LA MARIHUANA.

Los que suscribimos, Peritos Médico-legistas, certificamos: Que el dia siete del corriente, á las siete de la noche, se recibió en nuestra oficina una órden del C. Juez quinto correccional, fechada el mismo dia y que á la letra dice: "Para su análisis, asociados del Consejo de Salubridad, si lo creyeren conveniente, les remito una sustancia; esperando me envíen el dia nueve del corriente á las nueve de la mañana, el certificado respectivo; expresando en él, la sustancia que sea, si es venenosa, la cantidad que se necesita para producir la muerte á una persona ó para causarle algun mal y de qué gravedad puede ser éste."

En cumplimiento de esta órden nos trasladamos hoy en la mañana al establecimiento del Consejo Superior de Salubridad, y asociados al farmacéutico Sr. Donaciano Morales, miembro del mismo Consejo, procedimos á un exámen minucioso de la sustancia que se nos remitió. En una cápsula de pa-

pel de estraza, de color amarillo, encontramos el fragmento de una hoja, que pesaba siete milígramos; no presentaba bordes característicos, y parecia corresponder al centro de la hoja; en unos puntos tenia un color verde y en otros oscuro; esta última coloracion parecia ser debida á la desecacion producida por un fuego cercano; no tenia ningun sabor. Siendo tan sumamente pequeña la cantidad para emprender un análisis químico, solo nos fué posible hacer lo siguiente: En la extremidad de un tubo de cristal, se colocó una pequeña porcion y se le sometió en seguida á la accion del fuego; entonces, por el otro extremo de dicho tubo, pudimos apreciar un olor muy semejante al que despide la *marihuana* ó *hachisch* cuando se calcina. Teniendo en cuenta este dato, nos proporcionamos inmediatamente una hoja de esa planta, para examinarlas comparativamente por medio de una lente; haciendo esto, observamos: que el aspecto y estructura de ambas era muy semejante.

Aunque teniamos ya esos datos que nos indicaban la probabilidad de que dicho fragmento fuese de una hoja de marihuana, no nos fué posible comprobarlo por medio de las reacciones químicas, que si bien es cierto son muy escasas para esa planta, sin embargo, hay dos, que en algunos casos han surtido efecto, y son: la primera: Tratar una solucion amoniacal de marihuana, por el ioduro doble de bismuto y de potasio, el cual forma un precipitado; este precipitado desaparece al verter el alcohol amílico; la segunda: Tratar una solucion preparada con dicha planta, por el reactivo de Fröhde, que da un color rojo violeta bastante fugaz; pero como, repetimos, la cantidad de que disponiamos era sumamente pequeña, no las pudimos poner en práctica; pues se cree que esas reacciones son debidas al principio activo de la planta, esto es, la *canabina*, y por consiguiente, era necesario una cantidad más considerable de ella.

Por otra parte, en el supuesto de que dicho fragmento no sea otra cosa sino *marihuana*, para poder contestar las cuestiones propuestas por ese Juzgado respecto de "*si es venenosa, la cantidad que se necesita para producir la muerte á una persona ó para causarle algun mal;*" hemos consultado distintas obras de Toxicología y en ninguna de ellas se encuentra la cantidad de sustancia que es necesaria para producir el envenenamiento; sin embargo, en la última edicion de la Farmacopea Mexicana, se dice: Que esa planta, que se emplea como sedativa é hipnótica, puede usarse en tintura bajo la dósis de diez á cuarenta gotas. Por consiguiente, teniendo en cuenta que la mayor parte de las tinturas, dada una dósis cualquiera, la quinta parte de ella está formada por la planta ó sustancia que se ha empleado para prepararla, tenemos que, usándose de esta tintura, de diez á cuarenta gotas, y no olvidando al mismo tiempo que cada gota pesa cinco centígramos, se deduce fácilmente que dicha sustancia puede ingerirse impunemente en la dósis de diez á cuarenta centígramos, y que tal vez, pasando esa dósis, que es la prescrita por la terapéutica, puedan presentarse ya algunos síntomas más, que indiquen la accion tóxica de dicha planta; síntomas que naturalmente tienen que ser más graves y hasta terminar por la muerte, cuando la dósis sea muy elevada.

México, ocho de Julio de mil ochocientos ochenta y cinco.—*G. Silva.*—*A. Salinas y Carbó.*

REVISTA EXTRANJERA.

PATOLOGIA EXTERNA.

UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE COLOTOMÍA.—Hé aquí la descripcion de un procedimiento de colotomía empleado muchas veces con éxito por Maydl. Despues de abrir el abdomen, este cirujano atrae hácia fuera una asa intestinal móvil (colon transverso, íleon ó colon iliaco), de modo que la insercion del mesenterio esté situada adelante de la herida abdominal; en seguida desliza, por una abertura practicada en el mesenterio, muy cerca del intestino, una clavija rodeada de gaza iodoformada, de manera que impida la retraccion del intestino en el abdomen. Se reunen las dos porciones del asa intestinal, abajo de la clavija, por suturas que atraviesen las capas muscular y serosa, y el asa intestinal se deja en la herida del abdomen fijándola al peritoneo parietal de la herida. Se ponen algunas vueltas de gaza iodoformada abajo de la clavija, cuando el intestino ha quedado libre en la herida, ó bien se cubre la herida abdominal de colodion iodoformado, cuando el intestino se fija á la herida. Si se desea dejar á permanencia el ano *contra natura*, se abre, al cabo de cuatro á seis dias, el intestino, por medio de una incision transversal, se introducen tubos de canalizacion en las dos extremidades del asa y se lava el intestino. Para evitar hemorragias, el Sr. Maydl abre el intestino con el termocauterio Paquelin.

Cuando el enfermo soporta bien las consecuencias de esta operacion, se secciona, despues de dos ó tres semanas, el resto de la periferia del intestino sobre la clavija. Si la seccion de los músculos abdominales se ha hecho paralelamente á sus fibras, se forma un verdadero esfínter artificial.

El tratamiento ulterior consiste en la aplicacion de una cruz de Malta de emplasto adhesivo, al través de la cual pasa el tubo de canalizacion colocado en el intestino. Para fijar el tubo, se le atraviesa

de parte á parte con un alfiler de seguridad que se cubre con una cruz de Malta. Si el ano *contra natura* es temporal, se quita la clavija despues de haber tratado la afeccion que motivó la colotomía; la traccion del mesenterio basta entonces para que éntre el intestino; la herida de la colotomía cura espontáneamente, ó, si esto no sucede, se avivan los bordes y se les reune por algunos puntos de sutura. —(*Semaine médicale*).

TERAPEUTICA.

TRATAMIENTO DE LA DIARREA DE LOS TUBERCULOSOS POR EL ÁCIDO LÁCTICO.—Experimentando el ácido láctico, preconizado por el Sr. Hayem, en las diarreas de los recien nacidos, contra la diarrea de los adultos, los Sres Sézary y Aune (de Alger) han reconocido que este medicamento da buen resultado en la diarrea de los tuberculosos, como lo indica el "Lion Médical." Hay que notar que el ácido láctico ha dado ya buenos resultados en el tratamiento de las tuberculosis locales y especialmente en la tuberculosis laringea.

Hé aquí cómo ha sido administrado este medicamento: Se principia por dos gramos, en una pocion de 120 gramos, y si la dósis es insuficiente, se llega rápidamente hasta 6 y 8 gramos para tomar por cucharadas en las 24 horas. A esta dósis, los enfermos se quejan con frecuencia de percibir una sensacion desagradable en los dientes (destemplanza), malestar gástrico que se hace desaparecer, agregando un gramo de cloridina á la pocion. Desde el segundo dia, las evacuaciones disminuyen de frecuencia y se hacen normales el cuarto.

TRATAMIENTO DEL ONÍXIS MALIGNO POR EL IODOFORMO.—El Sr. Dr. Morvan (de Lannilis) indica en la gaceta hebdomadaria un procedimiento que ha empleado con buen éxito para tratar la afeccion descrita con el nombre de oníxis maligno ó dactilitis ungual escrofulosa. Se sabe que el tratamiento adoptado ordinariamente en estos casos es exclusivamente quirúrgico. El procedimiento de Morvan es, al contrario, un procedimiento de suavidad. Consiste en la extirpacion de la uña, á la cual se procede, sea por medio del cloroformo ó sea por la anestesia local obtenida por la pulverizacion etérea. Empleando la pinza hemostática, se llega fácilmente á efectuar la evulsion de la uña entera comprendiendo en esta operacion la raíz de la uña. Se cubre entonces la úlcera con una capa de iodoformo finamente pulverizado, que se sujeta con una capa de ouate y una venda. El dolor desaparece desde la primera curacion, gracias al iodoformo; se puede aumentar despues la compresion determinada por el vendaje, y así se ayuda al desinfarto del dedo. Las curaciones, en algunos casos raros se han renovado todos los dias; pero por lo comun, no ha sido necesario hacer la curacion, sino cada 3 ó 4 dias; algunas veces cada semana. Los éxitos felices más rápidamente obtenidos, se han alcanzado en 5 y 7 dias; los más tardíos entre 35 y 40 dias; la media ha sido de 17.

Una de las grandes ventajas del tratamiento médico sobre el tratamiento quirúrgico, es la conservacion de la uña. Despues del tratamiento médico, la uña renace siempre, cualquiera que sea la gravedad del mal y su antigüedad. Puede reproducirse así, sin deformacion, con el pulimento y la conformacion de las otras uñas de la mano.—(*Journal de Méd*).

TRATAMIENTO DE LA ORQUI-EPIDIDIMITIS BLENORRÁGICA POR EL HIELO.—Los Sres. Spillmann y Schmitt indican el procedimiento que les ha dado mejores resultados en la clínica de las enfermedades cutáneas y sifilíticas. Todos los enfermos atacados de orquítis, han sido tratados indistintamente del modo que sigue:

Estando el enfermo en la cama, con los miembros inferiores cerca el uno del otro, se colocan las bolsas sobre una placa de carton bastante ancha, cubierta de una gruesa capa de ouate y escotada por uno de sus bordes en forma semilunar, como las antiguas *bacías*, permitiendo esto aplicarla exactamente contra la pared abdominal. Se fija á un cinturon una vejiga bastante grande para cubrir totalmente las partes enfermas é inflamadas. Esta vejiga se mantiene constantemente llena de hielo.

En todos los enfermos, sin excepcion, los dolores vivos han cedido al cabo de algunos minutos (diez á quince por término medio y media hora el máximum).

Frecuentemente, desde el dia siguiente, en los casos de inflamacion ligera y de derrame poco considerable, raras veces despues de 3 ó 4 dias, si la vaginal está fuertemente distendida, el testículo ya no es doloroso á la presion y el enfermo puede levantarse y andar. Con los dolores locales tambien han cedido las irradiaciones dolorosas hácia las partes vecinas; el derrame vaginal se detiene y á menudo desaparece muy rápidamente, aunque algunas veces persiste.

El hielo obra de dos maneras: 1°, como antiflogístico; la accion antiflogística y analgésica del frio, aplicada de un modo continuado, es muy conocida para que sea necesario insistir; 2°, como agente compresivo; bajo su influencia el escroto se retrae, rechaza el testículo hácia el anillo y ejerce así una verdadera compresion que impide la extension, el estrangulamiento del órgano inflamado y favorece la reabsorcion del derrame producido.

Como punto capital, que explica las divergencias de los autores sobre el valor de este método,

para que el tratamiento dé todos los resultados que se tiene derecho de esperar, es preciso que la aplicacion del hielo sea continuada sin interrupcion mientras el dolor no haya cedido completamente. Toda digresion á esta regla, absoluta en la especie, se traduce por una exageracion de dolor, un aumento del derrame, y un retardo marcado en la curacion.

Algunas veces, sea porque se ha interrumpido el tratamiento demasiado pronto, sea porque á causa de una imprudencia del enfermo, la inflamacion, despues de haber cedido momentáneamente, ha vuelto de nuevo á hacerse aguda y es necesario entonces volver á la aplicacion de la vejiga de hielo, durante algunas horas.

Si persiste el infarto del epidídimo, se puede completar el tratamiento por unciones de percloruro de fierro y la aplicacion de un suspensorio con ouate.—(*Revue. Méd. de l'Est*).

LA NAFTALINA COMO ANTISÉPTICO.—Para reemplazar las preparaciones peligrosas, arsenicales y mercuriales, empleadas para la destruccion de la vermina en el hombre y en los animales, el Dr. Nager recomienda la solucion de naftalina.

Al efecto, disuelve en baño María 40 partes de naftalina en 80 de cloroformo, despues le adiciona 100 partes de benzina y todo lo deja al calor hasta la perfecta solucion.

Dicha solucion se emplea sea para preparaciones sólidas, sea para preparaciones líquidas: en este último caso, agita 1 parte con 10 de aceite de vaselina; en el primer caso, mezcla 200 gramos con 1 kilógramo de jabon graso completamente neutro Para obtener este último, se mezcla 1 kilógramo de jabon graso con 1 litro de agua caliente, y se le adiciona ácido oléico, en cantidad de 10 á 20 gramos, hasta que la reaccion esté exenta de toda alcalinidad, lo cual se reconoce haciendo una mezcla con otra parte igual de alcohol diluido.

La uncion, de la preparacion límpida ó espesada, sobre la piel de los animales, se hace en la tarde por medio de un cepillo; al dia siguiente se les baña. Esta aplicacion, repetida dos ó tres dias seguidos, basta para la destruccion completa de todos los parásitos.—(*Journ. de Med. de Paris*, 7 Oct. 88).

ACCION LOCAL DE LA ANTIPIRINA.—Por observaciones recogidas en enfermos de la clínica de Bamberger, el Sr. Berdach estima que la antipirina en inyecciones sub-cutáneas, calma los dolores en el espacio de algunos segundos, y que su accion analgésica persiste durante seis horas. Atribuye este efecto á una accion directa sobre las terminaciones nerviosas periféricas y á una diminucion de los reflejos. Declara, que á su parecer, no existe nunca contra-indicacion para su empleo.—(*Med. Chirur. Centr.* 1888).

LA VACUNACION PREVENTIVA DEL CÓLERA ASIÁTICO.—En una de las sesiones que en el mes de Agosto último tuvo la Academia de Ciencias de Paris, el Sr. Pasteur dió lectura á una comunicacion del Sr. Gamaleïa, doctor del instituto bacteriológico de Odessa, en la cual se trata del descubrimiento de la vacunacion del cólera asiático.

"Con toda la modestia de un gran descubridor," el fisiologista ruso comienza por declarar que su trabajo no es sino una simple y fiel aplicacion del método experimental que ha creado el Sr. Pasteur en su laboratorio, método que tan brillantes resultados ha dado para el cólera de las gallinas, el mal rojo del puerco, el carbon y la rabia. No ha hecho, dice, sino utilizar los dos grandes principios: el de la virulencia progresiva y el de las vacunas químicas. Despues refiere por qué fracasó Roberto Koch en las tentativas de los cultivos del vibrion colérico, y por qué, por otra parte, los miembros de la comision francesa en Egipto no tuvieron más que una sola vez para producir el cólera en una gallina.

Hé aquí, en sus puntos esenciales, el texto de la nota escrita por el Sr. Gamaleïa:

"Es fácil dotar al vibrion colérico de una extremada virulencia. Para esto, basta llevarlo á un pichon, despues de un paso por el cullo. Entonces mata á los pichones produciéndoles un cólera seco con la exfoliacion del epitelium intestinal. Lo que es interesante de saber, es que el microbio aparece en la sangre de los pichones que han sucumbido. Despues de algunos pasos, este microbio adquiere tal virulencia, que la sangre de los pichones de paso, en la dósis de una ó dos gotas, mata á todos los pichones sanos en el espacio de ocho á doce horas.

Este virus mata, tambien, con dósis todavía más pequeñas, á los cullos; es importante hacer notar que todos los animales de estas dos especies—sin excepcion—sucumben á la infeccion virulenta.

Con este virus, absolutamente mortal, hemos podido comprobar la existencia de una *inmunidad colérica.*

Hemos inoculado á un pichon dos veces con un cultivo ordinario (no virulento) del cólera: la primera vez en los músculos pectorales, la segunda en la cavidad abdominal. El pichon ha llegado á ser refractario á la infeccion reiterada por el virus más violento: la sangre de los pichones de paso. Así se ha adquirido el hecho de la inmunidad.

Ahora bien, si se cultiva este virus de paso en un caldo nutritivo, y si despues se calienta este cultivo á 120° durante veinte minutos, para matar, con seguridad, todos los microbios que contenga, se encuentra que el calentamiento ha dejado subsistir una

sustancia muy activa en el cultivo esterilizado. En efecto, este cultivo contiene una sustancia tóxica que determina fenómenos característicos en los animales de experiencia.

Inoculado en cantidad de cuatro centímetros cúbicos á un cullo, el caldo esterilizado produce un abatimiento progresivo de la temperatura y la muerte en 20 ó 24 horas. (A la autopsía se encuentra una hiperhemia pronunciada del estómago y de los intestinos y una ausencia completa de microbios coléricos). Los pichones sucumben tambien con los mismos fenómenos morbosos. La diferencia única está en que son más resistentes para este veneno, y su muerte no sobreviene sino con una dósis de 12 c. c. inyectados de una vez.

Si al contrario, se introduce esta misma cantidad de 12 c. c. pero en tres, cuatro ó cinco dias (inyectando, por ejemplo, 8 centímetros cúbicos el primer dia y 4 centímetros cúbicos al siguiente), no se les mata.

En estos pichones se encuentra, además, un fenómeno de la mayor importancia: han llegado á ser *refractarios al cólera.*

El virus más virulento, la sangre de un pichon de paso, inoculada, aun en cantidad de medio centímetro cúbico, ya no es capaz de matarlo. La vacunacion de los cullos da mejor resultado haciéndola con el caldo tóxico y vacuno en cantidad de 2 centímetros cúbicos; se les vacuna en dos ó tres secciones (por todo, 4 ó 6 centímetros).

Así, pues, estamos en posesion de un *método preventivo del cólera.* Además, este método está fundado, como se ha visto, sobre el empleo de las vacunas estériles, y posee todas las ventajas de la vacunacion química: la *seguridad* y la *confianza*, puesto que la vacuna química puede medirse de una manera enteramente rigurosa é introducirse por dósis bastante pequeñas para que sean completamente inofensivas, mientras que la suma de éstos puede dar la cantidad que se necesita para inmunidad absoluta.

En nuestros experimentos, la inmunidad se ha conferido sin peligro y sin excepcion. Esperamos, por lo mismo, que este método podrá aplicarse á la vacunacion humana para preservar á las poblaciones del cólera asiático."

Despues de la lectura de esta comunicacion, el Sr. Pasteur añadió:

En una carta particular que he recibido al mismo tiempo que la nota que antecede, el Dr. Gamaleïa se expresa así: "Autorizo á vd. á que declare "que estoy pronto á repetir todos mis experimentos "en el laboratorio de Paris, en presencia de una co- "mision de la Academia de Ciencias. Me compro- "meto tambien, á encontrar en mí mismo la dósis "inofensiva y bastante para la vacunacion humana, "así como, á emprender un viaje á los países inva- "didos por el cólera para probar la eficacia del mé- "todo.

"Si vd. juzga necesarios algunos otros detalles, "puedo darlos en una nota complementaria, en la "que podré hablar á vd. de la duracion de la inmu- "nidad del modo de inyeccion."

Está por demás decir que la proposicion del Sr. Gamaleïa, por lo que concierne á la prueba de su trabajo ante una comision formada en el seno de la Academia, ha sido favorablemente acogida.

Cualesquiera que sean en el porvenir los resultados prácticos que tenga este descubrimiento; cualquiera que sea la suerte de las grandes y legítimas esperanzas que permite concebir, basta considerar el dato *experimental* y el hecho adquiridos, para que sin reserva, sea digno de admiracion.

En Diciembre último, el Sr. Roux publicó en los *Annales* del Sr. Duclaux experimentos decisivos sobre la vacuna química de la septicemia. El trabajo del Sr. Gameleïa es una nueva conquista en el estudio de los virus y de las vacunas químicas, inaugurado por el Sr. Pasteur. Todos estos descubrimientos que van aumentando y acomulándose de dia en dia, son los mejores elogios que se pueden hacer á su doctrina y á sus inmortales trabajos.—*(Gazette Méd. de Paris).*

BACTERIOLOGIA.

Desinfeccion de las manos, *por M. Mugnai.*—El autor ha hecho, en el laboratorio de la clínica quirúrgica de Roma, muchos experimentos bacteriológicos con el fin de establecer cuáles son los micro-organismos que se encuentran en las manos, particularmente en el espacio sub-ungueal, y cuáles son los medios apropiados para destruirlos completamente.

En una primera série de experimentos examinó, en probetas llenas de gelatina, la mugre de las uñas, fragmentos de epidermis, pedazos de uñas, etc., que provenian de sus propias manos y de las de sus compañeros y enfermeros: el Sr. Mugnai comprobó la existencia de gran número de micro-organismos. Despues ha buscado los medios más seguros para destruirlos y lo que da resultados positivos es: el aseo mecánico de las uñas, hecho con un limpia-uñas ordinario, y el lavado con agua tibia y jabon de sublimado, haciendo uso, para ello, de un cepillo fuerte durante tres minutos.

La desinfeccion que se debe hacer, es diferente cuando se practica para manos como generalmente las tiene el cirujano, ó bien para manos que han estado en contacto de cadáveres, de sustancias infecciosas, etc. En el estado normal, las manos pueden

quedar desinfectadas por medio de la limpia mecánica con el lavado y el cepillo, sirviéndose de agua tibia y jabon de sublimado. Esta operacion durará cuatro minutos. En seguida se sumergen las manos durante un minuto en la solucion de ácido fénico al 1½ por 100.

Las manos en estado de infeccion, no han sido esterilizadas á pesar del lavado habitual prolongado por cuatro minutos y seguido del lavatorio con la solucion de sublimado al 1 por 100 durante dos minutos. Al contrario, se han esterilizado con el lavado habitual precedido de la limpia mecánica de las uñas, continuada por cinco minutos, más un minuto y medio de lavado y otro minuto y medio de inmersion en la solucion de sublimado corrosivo al 1 por 100.

La conclusion á que el autor ha llegado por sus experimentos. es que la desinfeccion de las manos no es tan fácil, como se puede creer; que debe ser muy minuciosa, prolongada y cuidadosa, y que es preciso variar el procedimiento segun que se trate de manos que estén ó no infectadas.—(*Bull. général de Hierap.*—15 Sep. 88).

FORMULARIO.

POMADA CONTRA LA NEURALGÍA.—(*Galezowski*).

Mentol	15 partes.
Cocaina	4 ,,
Hidrato de cloral	3 ,,
Vaselina	100 ,,

M. Untese en la parte dolorosa.

(*Medical World.*)

REACTIVO PARA LA INVESTIGACION DEL AZÚCAR.—(*Almén*).—El Prof. Almén ha dado la fórmula siguiente de un reactivo de conservacion durable y que da mejores resultados que el de Trommer:

Sosa cáustica	8,00
Agua	100,00
Tartrato de sosa	4,00
Subnitrato de bismuto	2,00

Se ensaya, previamente, la orina, para ver si contiene albumina, por medio del calor y el ácido nítrico; despues se filtra. Se emplea una parte de solucion para diez partes de orina. Este reactivo acusa hasta 0,05 por 100 de azúcar.—(*Deut. mediz. Zeitung.* 1887).

COLODION ANTIGOTOSO.

Colodion elástico }	ââ 15,00
Eter sulfúrico }	
Acido salicílico	4,00
Clorhidrato de morfina	1,00

M. y aplíquese cada hora sobre la region enferma. El dolor cesa inmediatamente, y como el hinchamiento persiste no hay razon para temer las metastasis.

TIP. DE DUBLAN Y COMP.

VOL. I. México, Noviembre 1º de 1888. NUM. 17

REVISTA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO BIMENSUAL DIRIGIDO POR EL DR. JOSE RAMOS.

COLABORACION:
Dres. R. Lavista, M. Carmona y Valle, E. Liceaga, J. M. Rodriguez, R. Fuertes, M. Alvarado, D. Mejía, J. M. Bandera, M. Dominguez, M. Gutierrez, San Juan, F. de P. Chacón, R. Vertiz. M. Cordero, F. López, F. Ortega y Fonseca, F. Hurtado, N. Vargas, J. Martinez del Campo, C. Tejeda Guzman, J. Villagrán.

DIRECCION Y REDACCION:
REFUGIO NUM. 15, ENTRESUELO,
DESPACHO DE LOS SRES.
E. DUBLAN Y COMP.
Administrador y propietario: Dr. Manuel Barreiro.
Apartado en el Correo núm. 619.

PRECIOS DE SUSCRICION:

EN LA CAPITAL	
Por un mes	$ 0 50
Por seis meses	2 50
EN LOS ESTADOS	
Por un mes	$ 0 62
Por seis meses	3 00

PRENSA EXTRANJERA QUE RECIBIMOS PARA LA FORMACION DE LA REVISTA:

"Gaceta Médica de Paris."—"Gaceta de los hospitales civiles y militares de Paris."—"Periódico de las Sociedades Científicas."—"Revista Científica."—"La Naturaleza."—"Gaceta Hebdomadaria."—"Revista de Medicina," de Bouchard, Charcot y Chauvau.—"Anales de las enfermedades de los órganos genito-urinarios."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Lúcas Championière.—"Periódico de Medicina de Paris," de Lutaud.—"Boletin de la Academia de Medicina."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Bruselas.—"El Electricista."—"El Tiempo Médico," de Filadelfia.—"El Registro Médico."—"El Mundo Médico."—"Anales de Ginecología," de Boston.—"La Lanceta," de Lóndres.

SECCION EDITORIAL.

LA ANTEFLEXION EN LA GINECOLOGIA MODERNA Y SU TRATAMIENTO.

I

Fijar de una manera definitiva la posicion normal del útero, es una de las cuestiones más interesantes para la Ginecología moderna; cuestion que ha sido mucho tiempo discutida y cuya solucion aun no ha sido aceptada de una manera uniforme por las autoridades en ese ramo, y todo trabajo que tienda á resolverla debe ser bien recibido, no solamente por el especialista, sino tambien por el médico práctico. La movilidad característica del órgano, la facilidad con que se desaloja de su posicion bajo los más leves cambios de estado de los órganos vecinos, hacen y han hecho que los especialistas acepten como la posicion normal, posiciones de las más encontradas entre sí; siendo para unos la Anteflexion, para otros ya la Retroflexion, ya la Retroposicion, la posicion normal del útero.

Mientras exista esta diferencia de opiniones, mientras los especialistas no lleguen á un comun acuerdo, uno de los capítulos más interesantes de la Ginecología, á saber: el capítulo de las desviaciones uterinas, quedará siempre expuesto á nueva clasificacion, á nueva sintomatología y á nuevo tratamiento.

Para poder llamar desviacion uterina, es preciso que exista en nuestra mente la idea de normalidad que nos sirva de punto de comparacion.

Cuando tuve el alto honor de ser nombrado médico asistente de la Clínica Ginecológica del Profesor Martin, comprendí cuán indispensable me era, el tener una idea exacta sobre la posicion que ocupaba el órgano, á fin de poder sacar alguna utilidad de la gran práctica que allí iba á adquirir.

La rica literatura que sobre esta cuestion habia yo consultado, no me habia servido más que para embrollar mis ideas sobre el particular y resolví estudiarla, despojando mi cerebro de toda idea preconcebida y sin afiliarme á ninguna de las teorías ya emitidas por autoridades ginecológicas reconocidas.

Si las investigaciones cadavéricas estuviesen unísonas con las investigaciones en el vivo, el problema estuviera ya resuelto, pero aquí reina el mismo desacuerdo.

Credé, de Leipzig, habia llegado á obtener un buen resultado por medio de la Estadística y yo creí que este seria el mejor medio para llegar á la verdad; él se limitó á determinar la posicion en las puérperas; yo extendí el campo de mis observaciones á todas aquellas mujeres que con uno y otro motivo visitaban la Clínica y Policlínica del Dr. Martin, y estando

yo directamente encargado de esta última, me hallaba en estado de poder hacer mis observaciones con toda calma y suprimiendo todo manantial de error, pues podia repetir mis reconocimientos *ad libitum*, dado que las visitantes de la Policlínica, perteneciendo en su mayor parte á la clase pobre de la sociedad, acudian con puntualidad á las horas señaladas, pues junto con los auxilios profesionales, recibian las medicinas gratuitas.

Firme en mi propósito, comencé á registrar con toda escrupulosidad mis observaciones; pasó de 2,000 el número de mujeres que tuve ocasion de examinar, pero solo 804 logré estudiar bien, pues el resto, perteneciendo á la Clínica, no me era dado repetir mis reconocimientos, ó bien no volvian más á la Policlínica ó sus enfermedades eran tales que no requerian la frecuencia de la visita.

Estos 804 casos, concienzudamente registrados, me dieron la siguiente

ESTADÍSTICA.

I. Ligera anteversion, es decir, Casos en los que el Fundus uterino se apoya sobre la vejiga, el orificio externo mira al sacro................ 505

II. Anteversion exagerada, es decir, Casos en los que el cuerpo y cuello ocupan el mismo plano, el orificio externo mirando al Promontorio.. 6

III. Anteflexion, es decir, Cuerpo y cuello formando un ángulo más ó menos agudo en el punto de reunion, el orificio mirando á la entrada de la vagina........................ 66
De estos 66 casos, 30 eran debidos á procesos inflamatorios que fijaban el vértice del ángulo á la pared posterior de la pélvis.

IV. Retroversiones. Cuello adelante. Cuerpo hácia atrás. Curvatura poco exagerada...................... 45
De estos 45, 15 presentaban el útero móvil y reponible, en el resto la reposicion era impedida por las adherencias perimetríticas que fijaban el cuerpo. En un caso, la retroversion era debida á un gran tumor.

V. Retroflexiones.................... 95
En 26 de ellas el útero era móvil y se reponia con facilidad por medio del dedo explorador y la mano aplicada sobre las paredes del vientre, ó ya por medio de la sonda; dos casos de útero grávido presentando los fenómenos de Incarceracion; dos complicados con *Prolapsus vaginæ* y el resto estaban fijos por estar el cuerpo y fondo del útero adheridos por exudados perimetríticos.

VI. Retroposiciones, es decir, Cuerpo y cuellos situados en el eje vertical de la pélvis......................... 13

VII. Lateroversion izquierda.......... 2

VIII. Lateroversion derecha........... 1

IX. Latero y retroversion izquierda... 1

X. Estado senil atrófico............. 50

XI. Exudados colosales, tumores, quistes ováricos, etc., que llenando la cavidad pelviana, impedian reconocer cuál era la posicion que ocupaba el útero..................... 20

804

Las cifras de esta Estadística nos vienen marcando que la posicion que más frecuentemente se presenta, es la ligera Anteversion, y que es esta posicion la que debe considerarse como la normal y confirma aquella que Karl Ruge ha dado al útero en las figuras que sirven de modelo en la Clínica Ginecológica del Profesor Schroeder en Berlin.

Si de los 804 casos observados, deducimos los 70 casos que por el estado atrófico y por causas exteriores como tumores exudados, etc., no fué posible obtener una determinacion exacta de la posicion, llegamos á tener:

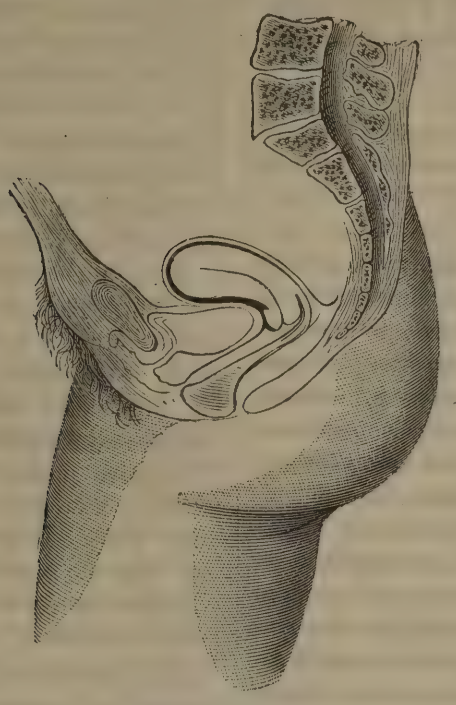
Ligera anteversion, casos........		$66\frac{2}{3}$ %
Anteflexion	„	9 %
Retroflexion	„	12 %
Retroversion	„	6 2%
Retroposicion	„	1 5%

lo que nos permite formular las siguientes conclusiones:

I. Una ligera anteversion se presenta en las dos terceras partes de los casos observados y debe ser considerada como la posicion normal del útero.



Figura 1ª



Posicion normal del útero.

II. La Anteflexion, que solo representa el 9 por 100 de los casos, debe ser considerada como patológica.

Figura 2ª



Utero en Anteflexion.

(Continuará.)

REMITIDOS CIENTIFICOS.

CONOCIMIENTOS ACTUALES

Sobre las atrofias musculares y las hipertrofias, por el Dr. Landon Carter Gray, profesor de enfermedades nerviosas y mentales en la Policlínica de Nueva-York.

(Concluye).

El curso de la atrofia muscular progresiva es gradual y su duracion varia de cinco á treinta años. La atrofia fibrilar puede no ser notada, en tanto que no se altere el contorno y la consistencia del músculo; en este caso se encuentra este órgano depresible y menos resistente que el músculo sano. No es raro observar que la pérdida de la fuerza múscular es lo primero que llama la atencion del paciente y entonces el exámen del enfermo hace descubrir la atrofia. "Las contracciones fibrilares" aparecen frecuentemente en todos los tipos y estas consisten en ligeros movimientos de las fibras musculares, cuyo grado puede variar desde un solo movimientosemejante á un latigazo bajo la piel, hasta una serie de movimientos fibrilares que atacan todo un grupo de músculos. En muchos casos de atrofia muscular progresiva se encuentra una real ó pseudo-hipertrofia, en la que se observa el crecimiento de volúmen del músculo ó una produccion de grasa que sustituye á las fibras musculares.

En un caso que he tenido en mi hospital, podia estudiarse perfectamente la enfermedad de que me estoy ocupando. Se trataba de un hombre aparentemente robusto, pero que en realidad no podia levantarse de su asiento sino ayudado poderosamente, y una vez de pié, se le podia literalmente derribar con un ligero empuje hecho con el dedo. En él existian muchas atrofias é hipertrofias, formando un contraste notable entre su hombro y su brazo y entre su brazo y su antebrazo; era digno de notarse tambien, la gran curvatura de su columna vertebral en su parte dorsal, curvatura producida por la inclinacion de la mitad superior del tronco con el objeto de compensar la falta de sostén de los músculos de la pared abdominal que se encontraban invadidos por la atrofia. La hipertrofia era más marcada en su pantorrilla izquierda.

Los cambios eléctricos en las diferentes enfermedades del aparato neuro-muscular son muy considerables. Para comprender estos cambios ó reacciones eléctricas, es necesario saber cómo responden los nervios y los músculos sanos á las corrientes galvánica y farádica. Cuando se aplica esta última sobre un nervio motor ó sobre un mûsculo, éste se contrae con una fuerza proporcional á la corriente empleada y sin que exista diferencia notable entre la accion del polo positivo y negativo; pero cuando se aplica una corriente galvánica, se produce una contraccion que varia mucho segun que se coloque sobre el músculo el polo negativo ó positivo. Si tratamos de inquirir cuál es la menor intensidad eléctrica que puede producir contraccion muscular, encontraremos que el polo negativo produce contraccion con una corriente con la cual el polo positivo no la produce. No es esto todo: la contraccion que hemos obtenido con el polo negativo, solo aparece cuando se cierra el circuito y no se verifica cuando se abre.

Si se aumenta la intensidad de la corriente, llegará un momento en que el polo positivo pueda producir contraccion, tanto en la apertura como en la clausura del circuito; pero en este caso, el polo negativo solo habrá multiplicado sus efectos. Es, pues, importante, notar que en nervio ó músculo sano, el polo negativo no produce contraccion en la apertura del circuito, sino cuando la corriente es sumamente intensa y dolorosa.

Suponed, ahora que el polo negativo produce una contraccion en el momento de la apertura del circuito, con la misma intensidad eléctrica que basta para producir una contraccion en la clausura del circuito; ¿no es evidente que la reaccion ha cambiado enteramente? En una palabra: toda separacion de la fórmula del músculo ó nervio al estado sano, es signo evidente de enfermedad de este ó aquel. Al mismo tiempo que notamos estos cambios con la corriente galvánica, podemos observar otros con la corriente farádica, que consisten simplemente en decrecimiento de la reaccion, en el sentido en que se necesita mayor suma de electricidad para producir una contraccion muscular normal. Existen aún otros síntomas eléctricos en estos casos, que solo podria entender aquel que se diera la molestia de estudiarlos en cualquier caso de neuritis en el hombre, ó en una neuritis provocada en los animales por la seccion del

nervio sciático. En estos, casos se encuentra que durante los diez primeros dias ó dos primeras semanas habrá en el nervio motor y en el músculo que inerva, un decrecimiento de la reaccion que producen ambas corrientes (farádica y galvánica). Durante la tercera semana, el nervio y el músculo comienzan á responder de una manera muy diferente á cada una de las dos corrientes: para la corriente farádica se necesita más y más cantidad de electricidad para producir contraccion, en tanto que en este periodo se requiere menos cantidad eléctrica para producir contraccion con la corriente galvánica; al mismo tiempo aparece un cambio en la fórmula polar: la contraccion de apertura del polo positivo puede ser igual á la contraccion de clausura del polo negativo. Durante este periodo de alteracion de las reacciones, la contraccion es siempre más lenta que en el músculo sano. Todas estas reacciones patológicas son conocidas con el nombre colectivo de "reacciones de degeneracion," las cuales pueden resumirse así:

1. Decrecimiento de la reaccion farádica y galvánica.
2. Crecimiento de la reaccion galvánica.
3. Inversion de la fórmula polar.
4. Lentitud de la contraccion muscular.

Estas reacciones deben estudiarse con el mismo cuidado y paciencia que la auscultacion y la percusion.

La anatomía patológica de las enfermedades del aparato neuro-muscular, es perfectamente conocida hoy; en tres de las cinco enfermedades que hemos enumerado (mielitis de los cuernos anteriores, parálisis labio-gloso-laringea, oftalmoplegia progresiva) la lesion consiste en una alteracion ó destruccion de las celdillas ganglionares de los cuernos grises anteriores de la médula espinal, ó de los núcleos motores de la médula alargada, del acueducto de Sylvius y del tercer ventrículo. Las alteraciones que estas celdillas sufren, son muy diferentes segun la enfermedad de que se trate: en unos casos, no queda el menor vestigio de ellas; en otros, están más ó menos destruidas, algunos procesos faltan, otros quedan alterados en su forma y dimensiones, el núcleo y el nucleolo desaparecen, no obstante que casi siempre el nucleolo persiste cuando no existen ya ni huellas de la celdilla ganglionar. En la mielitis de los cuernos anteriores y en la parálisis labio-gloso-laringea la afeccion queda casi siempre limitada á las celdillas, bien que sobrevengan otros fenómenos como el crecimiento de diámetro de los vasos, el desarrollo de tejido conectivo, el acortamiento de la médula alargada del lado afectado, que no son más que consecuencias de la lesion celular. Pero en la oftalmoplegia progresiva, la afeccion de las celdillas parece solamente formar parte de un proceso difuso, que envuelve todos los elementos medulares. Cuando las celdillas ganglionares se afectan, el nervio motor y músculo han sufrido ya serias alteraciones. En efecto, los nervios se adelgazan, se muestran de un color ceniciento y más trasparentes, su cilindro-eje y sus cubiertas medulares se encuentran más ó menos destruidas, el tejido conectivo adelgazado y sus núcleos aumentados en número y tamaño. Los músculos generalmente se atrofian y esta atrofia puede revestir dos formas: la atrofia simple en la cual la fibra muscular está simplemente disminuida de volúmen, pero cuyas estrias transversales persisten, y la atrofia degenerativa en que dichas estrias se destruyen tambien. Aquí pueden existir las hipertrofias y las pseudo-hipertrofias del músculo, de las cuales, las primeras consisten en una hipertrofia verdadera de la fibra muscular y la segunda es una transformacion en grasa de las fibras, y un depósito, tambien de grasa, en el contorno del músculo. La cuarta de las enfermedades que hemos enumerado (parálisis pseudo-hipertrófica) es puramente muscular, tal como lo muestran los casos recogidos por Schultze y Middleton. En la atrofia muscular progresiva, no cabe duda que algunos casos son de orígen central y otros de orígen muscular; algunos casos hay en que se puede invocar un orígen mixto. Yo he podido recoger trece casos de orígen central y dos solamente de orígen periférico.

El diagnóstico diferencial de las enfermedades del aparato neuro-muscular es fácil en el mayor número de los casos. En todas ellas los síntomas son puramente motrices; los síntomas cerebrales, sensitivos, vesicales y rectales son generalmente de poca duracion ó faltan completamente. Claro es que si la columna gris anterior está comprendida en alguna alteracion difusa de la médula, el diagnóstico es muy difícil; como esto sucede frecuentemente, debe

siempre tomarse en consideracion. Los síntomas motrices, como ya se ha dicho, consisten en parálisis, atrofia ó hipertrofia muscular y cambios eléctricos en las reacciones. Cuando existan estos tres síntomas puede diagnosticarse "enfermedad del aparato neuro-muscular;" solo queda por determinar si la lesion está en la médula, en el nervio, ó en el músculo.

Los síntomas que hacen presumir un orígen medular son: la brusca aparicion de la parálisis, seguida en el curso de pocas semanas de la atrofia muscular y de la aparicion de las reacciones de degeneracion; ó bien el grupo de síntomas descritos al hablar de la parálisis labio-gloso-laringea; ó bien la parálisis gradual de los músculos del interior y exterior del globo del ojo descritos al hablar de la oftalmoplegia progresiva.

Los síntomas que deben hacer presumir un orígen muscular, son los que hemos descrito al hablar de la parálisis pseudo-hipertrófica y el tipo facial infantil descrito por Landouzi y Déjérine.

Los autores describen otros muchos síntomas que consideran de gran importancia para el diagnóstico diferencial; pero en mi opinion, los que he descrito bastan absolutamente para ese efecto. Por ejemplo: se ha pretendido que la forma de atrofia muscular que he descrito antes bajo el nombre de "tipo de la mano" tiene siempre un orígen espinal, y lo cierto es que se conocen casos de atrofia muscular de orígen periférico. Erb sostiene que el tipo juvenil es una enfermedad puramente muscular, y Schultze ha demostrado claramente que los casos de Erb pertenecen á diferentes orígenes: unos son pseudo-hipertrofias y los otros pertenecen al tipo descrito por Landouzi y Déjérine, etc.; no se ha hecho aún ninguna autopsía de la forma juvenil de Erb.

Las reacciones de degeneracion indican únicamente un cambio en la estructura muscular, lo cual está abundantemente demostrado por el hecho que estas reaceiones aparecen en los casos de orígen mixto y de orígen puramente muscular, segun lo prueban las investigaciones de Gessler, sobre los lagartos y los cochinos de la India. Por ultimo, las contracciones fibrilares que se encuentran en los casos de orígen mixto, no tienen la importancia para el diagnóstico que se les ha atribuido últimamente.

Causas.—Las causas más frecuentes de las enfermedades del aparato neuro-muscular, son la herencia, el contagio, los esfuerzos musculares, los traumatismos, las enfermedades agudas, la exposicion constante al frio y los climas cálidos. Los autores alemanes modernos tienden á atribuir la forma aguda de mielitis de los cuernos anteriores al contagio á causa de la aparicion simultánea de esta enfermedad en dos ó tres niños pertenecientes á la misma familia ó á una misma localidad. Esta no es una prueba cierta; sin embargo, el caso puede ser explicado por el hecho sobre el cual el Dr. Weir Mitchell llamó la atencion hace varios años: la gran frecuencia de la mielitis de los cuernos anteriores durante los meses calientes del año.

La herencia se encuentra frecuentemente en el tipo facial infantil y puede igualmente encontrarse en los otros tipos. Algunos autores sostienen que la herencia es inherente á las formas de orígen puramente muscular; pero yo no podria autorizar semejante aseveracion.

Friedreich señala la relacion entre la atrofia muscular y los esfuerzos musculares, lo cual es un hecho clínico que me es familiar.

La atrofia muscular progresiva se observa frecuentemente despues del tifo, de la difteria, del reumatismo articular agudo, del sarampion, del parto y del cólera; indudablemente estas enfermedades agudas forman un terreno propicio para el desarrollo de las enfermedades del aparato neuro-muscular.

Diagnóstico.—Al hacer el diagnóstico, no deben olvidarse las otras enfermedades de la médula espinal, de las membranas que la cubren y del canal huesoso que la contiene, que pueden extenderse á los cuernos anteriores, en cuyo caso los síntomas "parálisis motriz y atrofia muscular," pueden agregarse á los síntomas propios de la enfermedad de que se trata. Tales enfermedades pueden ser ó bien una hemorragia raquídea, mielitis transversa, siringomielitis ó ataxia locomotriz. En todas ellas, además de los síntomas que les son propios, existen perturbaciones de la sensibilidad, del recto y de la vejiga. Si se verificara una hemorragia cuyos límites comprendiesen únicamente el cuerno anterior, el diagnóstico seria ciertamente difícil, pero no creo que tal caso se haya presentado. En los primeros periodos de la siringo-mielitis la contusion es posible en el caso

de formacion de un tumor gliomatoso ó de una cavidad en el espesor mismo de la médula; la marcha de la enfermedad aclarará el diagnóstico.

Asimismo, el diagnóstico diferencial debe establecerse respecto de los exantemas agudos, la meningitis traumática, cerebro-espinal y consecutiva á enfermedades de la oreja; la meningo-encefalitis de los niños; la neuritis simple ó múltiple; la parálisis saturnina; atrofia de las articulaciones é histeria.

Es posible confundir los primeros periodos de la mielitis de los cuernos anteriores con la meningitis; pero en esta última las perturbaciones cerebrales son mucho más marcadas y de larga duracion; los nervios craneanos, tanto los sensitivos como los motores, pueden estar seriamente comprometidos, lo cual nunca sucede en la mielitis de los cuernos anteriores.

La parálisis de orígen cerebral es casi invariablemente hemiplégica, lo cual es raro en la mielitis de los cuernos anteriores, y por otra parte, la parálisis hemiplégica nunca es seguida de atrofia, salvo en los casos de larga duracion. La neuritis simple de un nervio mixto, causa generalmente dolor intenso y continuo, edema y elevacion de la temperatura de la piel, la forma crónica puede reconocerse por la falta de proporcion entre el dolor y la parálisis y atrofia, tanto más, cuanto que esta enfermedad se limita ordinariamente á un nervio ó tronco nervioso.

En la neuritis múltiple, la diferencia puede establecerse tomando en consideracion la proximidad de aguas pantanosas, el dolor continuo en las extremidades inferiores, el constante progreso de la parálisis bilateral en el curso de dos ó tres semanas y la persistencia de los síntomas dolorosos.

La parálisis de los estensores en la *parálisis saturnina*, la lista negra de las encías, el cólico y los antecedentes, no permiten confundir esta enfermedad con las lesiones del aparato neuro-muscular.

Solo haré mencion de la atrofia de las articulaciones, pero la confusion es imposible.

Unicamente debo llamar la atencion sobre la posibilidad de que la histeria simule la mielitis de los cuernos anteriores; pero la falta de atrofia y cambios eléctricos y la presencia del tendon reflejo unilateral, demostrarán que los cuernos anteriores no están afectados, aun cuando quede alguna duda sobre la existencia de una parálisis motriz.

Pronóstico.—El pronóstico de las diferentes enfermedades del aparato neuro-muscular varia mucho. En la mielitis de los cuernos anteriores la regla es la persistencia de la parálisis; en las formas agudas no puede saberse la entidad de la parálisis, sino despues de varias semanas; en las formas crónicas debe esperarse algunos meses. La parálisis labio-gloso-laringea es siempre fatal; la oftalmoplegia progresiva es curable algunas veces, pero en la mayoría de los casos, es fatal. La pseudo-hipertrofia muscular es incurable. La atrofia muscular progresiva tiene una marcha crónica pero termina por la muerte despues de algunos años de duracion; ultimamente, los autores abrigan algunas dudas sobre si son ó no curables las atrofias de orígen puramente muscular; Shultze refiere un caso notable terminado por la curacion, y yo he visto producirse grande alivio en varios casos en los cuales el dolor muscular era tan intenso que semejaba una neuritis.

Tratamiento.—El tratamiento es esencialmente el mismo en sus principios generales, en todas las formas; solo difiere en las formas agudas de mielitis de los cuernos anteriores acompañadas de fenómenos reflejos, tales como: fiebre, coma, convulsiones, etc., que reclaman un tratamiento especial. En general la terapéutica es la siguiente: Reposo, electricidad, massage, y drogas.

El reposo es de primera importancia; jamás he dejado de obtener algun alivio, en tanto que queden aún algunas fibras musculares. El reposo deberá ser proporcionado á la extension y agudez de la enfermedad. En las atrofias extensas ó agudas debe recomendarse el reposo en la cama durante algunas semanas ó un mes; en las atrofias más localizadas, el reposo no debe ser tan radical. En todos los casos y en todos los periodos, debe recomendarse el evitar toda fatiga.

El tratamiento eléctrico consistirá en la aplicacion de las corrientes galvánicas y farádicas y aun de la electricidad estática; las primeras, sobre todo, son de notoria utilidad. Estas corrientes deberán dirigirse á la médula espinal, á los nervios motores y á los músculos mismos. La galvanizacion se practica colocando dos an-

chas placas de esponja sobre la columna vertebral, una sobre la region cervical y la otra sobre la region dorsal, y haciendo pasar una corriente de 5 á 30 miliamperes, durante 10 minutos. Se notará que no soy partidario de las corrientes débiles, tal como lo recomiendan algunas autoridades alemanas; los pacientes llegan á usar de la electricidad como de cualquiera otra medicina, con la diferencia que las grandes dósis de electricidad no producen los dañosos efectos que las grandes dósis de medicinas; por otra parte, la idiosincracia de cada paciente variará mucho respecto á la intensidad que puede soportar, pero generalmente la fuerza variará en los números que más arriba he indicado.

La galvanizacion y la faradizacion deberán aplicarse á los nervios y músculos afectados, cuyos *puntos motores* son conocidos. El punto motor indica el lugar en que se encuentra el tronco nervioso y el sitio en que la ramificacion motriz invade el músculo: precisamente en estos puntos es adonde debe aplicarse la corriente galvánica y farádica. Aquí la intensidad de la corriente galvánica debe ser mucho menor, pues variará entre dos y diez miliamperes, teniendo cuidado de que no cause sensacion dolorosa. Una corriente farádica suave será suficiente y la aplicacion no deberá prolongarse más de 5 á 10 minutos. En algunos casos he obtenido buenos resultados por el uso de una corriente farádica muy suave prolongada durante treinta ó sesenta minutos, colocando sobre los músculos afectados, anchos electrodos de esponja fijados por medio de un resorte.

La electricidad estática será útil en ciertos casos de atrofia muscular; Charcot ha indicado que pueden obtenerse contracciones por medio de descargas electro-estáticas, cuando no pueden obtenerse por las corrientes galvánica y farádica.

El massage podrá usarse con ventaja en las formas crónicas ó en los últimos periodos de las formas agudas. La duracion del massage no deberá prolongarse más de cinco á veinte minutos, procurando que sea suave y tratando de no apretar el músculo ó irritarlo mecánicamente. El massage es un medio muy incierto, y á pesar de esto continúa usándose por ser un tratamiento *á la moda*. En algunos casos es más dañoso que útil.

Excepto en las formas aguda y sub-aguda de mielitis de los cuernos anteriores y en la oftalmoplegia progresiva, los medicamentos tienen poco uso, y si se emplean, es de una manera absolutamente empírica.

El ioduro de potasio, el cornezuelo de centeno (en forma de extracto fluido ó de ergotina) y la estricnina, pueden ser empleados; pero en verdad, estoy dispuesto á decir que jamás he obtenido resultados benéficos con ellos.

CRONICA DE HOSPITALES.

HOSPITAL DE SAN ANDRÉS.

Tumor benigno del labio.—Curacion.—Accion del Salicilato de fenol.—DR. M. CORDERO.

Margarita Aspires, de 55 años, chocolatera (Celaya). Hace dos años que despues de un traumatismo en el labio inferior, le apareció una induracion del lado de la cavidad bucal, indolente, que fué creciendo con lentitud sin producir otra molestia que la del estorbo consiguiente á la presencia de un cuerpo extraño desarrollado en esa region. El 20 de Octubre que fué observado en este Hospital, el tumor tenia el volúmen de una nuececita, hacia relieve en la cara mucosa del labio que mantenia en completa inversion hácia afuera, impidiendo que pudiera llenar su objeto, pues la palabra, los movimientos de masticacion y de succion eran difíciles y dolorosos, y los líquidos intrabucales se escurrian continuamente. La consistencia del tumor era dura y elástica, no se adheria á los tejidos sanos; su superficie ulcerada en una pequeña parte que correspondia á un diente saliente, era en lo demás lisa y formada por el revestimiento mucoso; los ganglios linfáticos de la region enferma no estaban infartados y los otros tejidos cercanos á la superficie cutánea estaban en estado normal. Para combatir la inflamacion de los tejidos que rodeaban el neoplasma, fué sometida la region enferma á pulverizaciones con agua fenicada al 1% y curacion con iodoformo en la ulceracion. De alimentos, solamente se le prescribieron sustancias líquidas, únicas que la enferma podia tomar sin sufrimiento. Cuatro dias despues, la inflamacion habia disminuido notablemente y pudo apreciarse mejor la for-

ma y dimensiones del neoplasma, que tenia todos los caractéres clínicos de la benignidad. La paciente, cuyo apetito habia aumentado en proporcion, solicitaba alimentos sólidos, asegurando que podia hacer ya movimientos de masticacion. En los 20 dias siguientes se emplearon los mismos medios, y al interior ioduro de sodio, sin obtener mayor ventaja; convencidos de que el tumor no disminuiria ya por estos medios y separado completamente el elemento inflamatorio de la mucosa bucal; previa anestesia y locion antiséptica de la region enferma, el 13 de Noviembre fué practicada la enucleacion del tumor, llevándose con él un colgajo elíptico de mucosa, en el que estaba comprendida la ulceracion; la diseccion fué fácil y pudo ser extraido el neoplasma en su totalidad. La hemorragia, muy abundante en el acto de la operacion, pudo ser dominada con pinzas Pean y aplicaciones sucesivas de éter iodoformado y solucion fénica fuerte; se pusieron 4 puntos de sutura con seda fenicada y aguja de Reverdin. Pulverizacion con iodoformo, inmovilizacion del labio. La temperatura en ese dia y en los siguientes, no excedió de la normal.

Al dia siguiente, un edema considerable y doloroso invadia el labio; pero los bordes de la herida se mantenian bien afrontados. Se hizo locion amplia con agua fenicada caliente, pulverizacion con iodoformo y se hicieron aplicaciones tópicas, frecuentes, con una solucion hidro-alcóholica de *salicilato de fenol*, cuyas propiedades antisépticas son muy notables. El 16 de Noviembre se quitaron los puntos de sutura. Curacion como los dias anteriores. El 22 de Noviembre la cicatriz era completa, regular y enteramente oculta, pues ocupa apenas 1½ centímetros de la cara mucosa del labio, en su parte media. El edema desapareció igualmente volviendo el órgano á su volúmen normal.

***

Con motivo del uso del salol (salicilato de fenol) en este caso, el Dr. Cordero llama la atencion sobre las propiedades antisépticas y *antitérmicas* de este compuesto.

Piensa que estando formado el salol de dos cuerpos, que son á la vez poderosos antisépticos y antitérmicos, debia éste poseer esas propiedades en alto grado. En efecto, el salicilato de fenol no solamente es antiséptico general, sino que parece tener una accion electiva sobre las mucosas dermo-papilares. En los casos de gingivitis, estomatitis y en general en las lesiones de las primeras vías digestivas, este medicamento suprime el mal sabor de la boca y mejora notablemente el estado patológico.

Al interior, lo ha usado dos veces como antitérmicoen el tifo y en estos casos la temperatura se mantuvo entre 38 y 39° sin pasar nunca de allí. En uno de estos casos, el flujo menstrual coincidió con el principio de la enfermedad, y para combatir la fetidez, el Dr. Cordero usó las inyecciones vaginales de una solucion de salol.

Para usar de él, se hace preparar una solucion al 5% en *alcohol absoluto*, de cuya solucion se toman gotas que se vierten sobre un poco de agua, hasta que ésta comience á enturbiarse. De esta solucion, que tiene un olor agradable, se puede servir el médico para prescribir, colutorios, lociones, inyecciones ó cucharaditas.

Para el uso interno debe prescribirse una cucharadita cada hora; para el uso externo se podrá usar, de la solucion indicada, la cantidad que se juzgue conveniente.

SECCION DE PREGUNTAS.

Señores Redactores de la *Revista Médica de México*.—¿Es admisible la forma de "tifo larvado" ó *méningo-encefalitis tifoidea* del Dr. Ricardo Egea y Galindo, que el Dr. Samuel Morales Pereira describe en su opúsculo sobre "Higiene y enfermedades de Puebla," caracterizada por delirio, anorexia, sequedad de la lengua, etc.?—*Un médico.*

Señores Redactores de la *Revista Médica de México*.—Presentes.—Muy señores mios:—He recibido de vdes. la consulta que antecede y desde luego me honro en exponerles mi opinion fundada en los numerosos casos que he tenido ocasion de observar en mi práctica.

No puedo admitir la forma de "tifo larvado" en el proceso patológico caracterizado por delirio, anorexia, extraordinaria sequedad de la lengua y apirexia, que el Sr. Dr. Samuel Morales Pereira compara á la meningo-encefalitis tifoidea.

El tifo es una enfermedad esencialmente cí-

clica y acompañada siempre de dos síntomas predominantes: la hipertermia y la erupcion.

En México se encuentra comunmente una enfermedad que se asemeja mucho al tifo y en la cual se notan los síntomas siguientes: hipertermia, delirio atáxico, fuliginosidades, sequedad de la lengua y, á veces, epixtaxis, falta de erupcion, y el proceso se prolonga á menudo por 30 ó 40 dias. No es éste, ciertamente, el verdadero proceso tífico; cuando he tenido ocasion de practicar la autopsía, he encontrado siempre una lesion que puede explicar el orígen de los síntomas. Desgraciadamente las autopsías solo pueden ser practicadas en las enfermas que mueren en el hospital, y por lo mismo, los datos con que cuento no son bastante numerosos. Pudiera citar, sin embargo, algunos de ellos que me parecen adecuados para probar lo que antes expuse. En un enfermo de la Sala del Hospital Juarez, á cargo del Sr. Dr. Parra, se presentaron: hipertermia, delirio, cefalalgia, anorexia, fuliginosidades; no habia erupcion, y despues de un periodo de catorce dias el enfermo murió. Con el cuadro de síntomas anterior se habia diagnosticado: tifo; pero la falta de la erupcion me hizo creer que no se trataba de esa enfermedad, sino de alguna otra, cuyas manifestaciones locales no se nos habian revelado. En efecto, por la autopsía pudimos comprobar que existia un derrame purulento en la cavidad meningea, producido, tal vez, por la inflamacion crónica de esa serosa.

En otro enfermo del Hospital de San Andrés, de la Sala del Sr. Dr. Bandera se diagnosticó, igualmente, tifo, por la existencia de la hipertermia constante, abundantes epixtasis, cefalalgia y delirio; pero como en el caso anterior, faltaba completamente la erupcion. El proceso se prolongó por 34 dias, al cabo de las cuales cesó el cuadro sintomático, y el enfermo salió curado.

En una niña que tuve ocasion de ver en compañía del Sr. Dr. Carmona y Valle, se presentaron tambien los síntomas que he descrito, y al cabo de un tiempo muy largo venimos á descubrir que la causa de los accidentes era el endurecimiento del parenquima pulmonar, probablemente la granulia.

En la sala que está á mi cargo en el Hospital San Andrés, he observado muchas veces el cuadro sintomatológico del tifo (salvo la erupcion) en enfermos en quienes he podido comprobar por la autopsía la supuracion del pulmon. Por último, en otro caso análogo, comprobé tambien la existencia de un absceso del cerebro.

Creo, pues, que se confunden con el tifo muchas entidades patológicas, cuyas manifestaciones son oscuras y otras que aun no están descritas por los autores y que por su misma naturaleza no caben en ninguno de los procesos patológicos conocidos. Actualmente se estudian las perturbaciones orgánicas que producen la absorcion de las ptomainas y las lencomainas que dan lugar á la aparicion de síntomas semejantes á los de la fiebre tifoidea y que son frecuentemente confundidos con ella. Si por "larvado" debemos entender aquello que no alcanzamos porque la causa se nos oculta, no está justificado denominar con el calificativo de *tifo* aquellas enfermedades que no entran en ninguno de los cuadros patológicos conocidos; pues el mismo derecho habria para colocarlas en el cuadro de cualquiera otra entidad morbosa.

Tendré el gusto, en otra ocasion, de remitir á vdes. un trabajo más extenso y detallado sobre las ideas que acabo de exponer; entre tanto, aprovecho la oportunidad de ofrecerme de vdes. afectísimo S. S.—*Dr. Ignacio Berrueco.*

REVISTA EXTRANJERA.

FISIOLOGÍA.

ACCION DE LA ESTRICNINA.—M. R. Lovett ha consagrado en el último número del "*Journal of Physiology*" un interesante estudio sobre la accion tóxica de la estricnina. Es un hecho reconocido que la estricnina ejerce una accion electiva sobre las celdillas motrices de la médula espinal; que escoge, por decirlo así, dichas celdillas entre los diferentes órganos del cuerpo, para manifestar su actividad, así como la curara obra especialmente sobre los nervios motores, la veratrina sobre los músculos, etc.

¿Cuál es la razon de esta eleccion? ¿La médula atrae hácia sí una proporcion notable de estricnina, así como atrae el virus rábico? El Sr. Lovett ha tratado de resolver esta cuestion. Comienza por establecer cuál es la dósis necesaria para producir un efecto dado, por un pe-

so conocido de animal. Se sabe que la dósis fatal mínima varia mucho en los diferentes animales de peso igual: para el hombre, es necesario 0,^{mg}4 por kilógramo de peso; para el conejo 0,6; para el gato y el perro 0,75; la gallina, 2,00; la rana 2,10. Operando sobre ranas, inquiere en cuánto tiempo, por kilógramo de peso, una dósis dada provoca la primera contractura estrícnica. Obtenido este dato, trata de ver si el veneno se localiza en una parte cualquiera del cuerpo, para lo cual toma aisladamente pesos iguales de los diferentes tejidos y órganos, los tritura en un medio líquido, los diluye despues en agua y los inyecta en seguida á otras ranas, notando los síntomas que en estos animales se producen y el momento de su aparicion. Este método demuestra que la médula es el órgano que encierra mayor cantidad de estricnina: encierra más que el cerebro, el hígado, el ovario, y los músculos. Este hecho es importante bajo el punto de vista médico-legal, porque indica, en los casos de sospecha de envenenamiento por la estricnina, el punto á donde deben buscarse de preferencia las pruebas.—(*Revue Scientif*).

SOBRE LA ELECTRICIDAD FARÁDICA EN LA HISTERIA, *por Didier*.—De todos los medios empleados hasta aquí para detener la crísis de histeria ó para prevenir su aparicion, la faradizacion eléctrica es incontestablemente el mejor. En efecto, ha hecho abortar las crísis en todos los casos de histeria convulsiva en que fué aplicada, y en dos casos de histero-epilepsía. El procedimiento no es tan seguro en la histero-epilepsía, puesto que en una de nuestras enfermas, algunas crísis no han podido ser detenidas. Además, este medio aventaja mucho á la compresion ovárica, que, muy fuerte ó muy á menudo repetida, puede producir lesiones de la pélvis, ó que es impracticable en las mujeres embarazadas.

En los casos difíciles, esta faradizacion permite, en ausencia de un clínico perito, la distincion de un epiléptico y un histérico, ya sea histero-epiléptico ó un histérico convulsivo de Charcot, puesto que en el primero la crísis no se detiene y en los segundos cesa completamente.

Con la ayuda de este procedimiento de electrizacion se pueden distinguir los síntomas que pertenecen á varias neurosis cuando éstos se manifiestan en un mismo individuo.

El manual operatorio consiste en aplicar los electrodos de la corriente farádica de mediana intensidad en el hueco epigástrico y en la parte anterior del cuello, si se interviene al principiar la crísis; en caso contrario, se colocan un electrodo en una mano y otro en el cuello ó ambos en las dos manos.

Demás de su accion abortiva sobre la crísis de histeria, la faradizacion tiene á la vez un efecto curativo, como los otros medios de electrizacion, efecto sobre el cual no insistimos porque es bien conocido desde hace algun tiempo. —(*Lyon médical*).

PATOLOGÍA EXTERNA.

LA CURABILIDAD DE LA TÍSIS DE LARINGE Y SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.—El Sr. Th. Heryng ha escrito, con toda la competencia que era de esperar del director del servicio laringológico del Hospital Saint-Roch (Varsovia), un libro que es una sábia requisitoria contra la pretendida incurabilidad de la tuberculosis de la laringe. Algunas piezas anatomo-patológicas de la mayor importancia, han proporcionado al Sr. Heryng la prueba de la perfecta y completa cicatrizacion de ulceraciones tuberculosas de la laringe; pero, no queriendo dar su opinion á la ligera, ha librado al público médico el resultado de sus trabajos, despues de muchos años de estudios é investigaciones.

Emprende la cuestion, sin desdeñar las opiniones de los autores y las diversas nociones adquiridas; da una anatomía histológica exacta y precisa de la mucosa laringea normal; comprueba la existencia de los folículos cerrados y del tejido linfoide en la laringe; y demuestra (con piezas que le sirven de apoyo), que la invasion de la tuberculosis se hace por las glándulas mucosas de la laringe, y de aquí la predominancia de estas ulceraciones en la region asitenoidea ó epiglótica, tan rica en glándulas. El proceso tuberculoso es seguido paso á paso, desde la introduccion del bacilo hasta la completa ulceracion, con necrosis y eliminacion de los cartílagos. El proceso de curacion es tambien estudiado con el mayor cuidado.

Despues de haber demostrado, en la primera parte de su obra, que la tuberculosis laringea es una lesion curable, sea espontáneamente, sea

por la terapéutica, el Sr. Heryng aborda la segunda parte de su trabajo y mira el lado práctico de la cuestion, es decir, el tratamiento en sus indicaciones y en los detalles de su técnica.

El tratamiento quirúrgico de la tísis laringea comprende tres métodos principales: el método de las cauterizaciones, por el ácido láctico ó método de Krause; el método de la raspa con ó sin cauterizaciones ó método del autor; en fin, el método de las inyecciones sub-mucosas iodoformadas.

Treinta y siete observaciones dan á la descripcion y á las conclusiones del autor un apoyo indiscutible.

Sobre diez y ocho casos de ulceraciones laringeas tratadas por el ácido láctico: siete enfermos, despues de un alivio temporal, murieron de tuberculosis pulmonar ya existente, y de reincidencia de tuberculosis laringea, en el término de un año; y en once casos la cicatrizacion completa de ulceraciones tuberculosas ha durado desde un año y medio hasta dos años y medio.

La raspa ha dado excelentes resultados, cuando el ácido láctico, puesto en uso durante largo tiempo, habia fracasado. Las principales ventajas de este método consisten en una destruccion radical de las infiltraciones tuberculosas profundas; en una reaccion inflamatoria insignificante despues de la operacion, y en una desaparicion rápida de la disfagia, motivado todo por la cicatrizacion. Sobre veinte casos de raspa, el Sr. Heryng ha repetido quince veces un éxito feliz de larga duracion.

El pronóstico de la tuberculosis laringea debe, pues, mirarse como un poco menos sombrío de lo que antes era. Pero, como dice el autor al terminar, el tratamiento local no producirá, frecuentemente, ningun resultado si no se acompaña del tratamiento general apropiado.—(*Gazette des Hopitaux*).

La corea de la laringe. — El Profesor Tamburini refiere un ejemplo de este estado patológico conocido con el nombre de corea de la laringe y que la mayor parte de los autores consideran como un incidente de la corea vulgar, una localizacion laringea de esta neurosis. El Profesor Tamburini ha podido convencerse, en su enfermo, de que el exámen laringoscópico no revela nada anormal; la afeccion se traduce por una tos espasmódica rebelde á los recursos del arte. Partiendo de ahí, Tamburini sostiene que lo que se conoce por corea laringea, no tiene ninguna relacion con la corea propiamente dicha; que se trata de una afeccion cuyo punto de partida es una perturbacion de la sensibilidad, una hiperestesia de la mucosa de la laringe, segun la teoría emitida por Massei. En razon de esta hiperestesia, la menor irritacion que llega á la mucosa, provoca, por el mecanismo de los reflejos, accesos de tos convulsiva. La verdadera corea, si se localizase sobre la laringe, deberia manifestarse por incordinacion motriz en el momento de las tentativas de fonacion, incordinacion que el laringoscopio podria denunciar. Si la teoría de Massei es exacta, se deberia de obtener la curacion de las perturbaciones motrices consecutivas á la hiperestesia de la laringe calmando la sensibilidad morbosa de este órgano; en efecto, ha bastado al Profesor Tamburini hacer tres inhalaciones de clorhidrato de cocaina al $1\frac{1}{2}\%$, para obtener la curacion.

TERAPÉUTICA.

Nota sobre el tratamiento de la liliasis biliar por la ingestion del aceite de olivo á altas dósis.—(*Comunicacion dirigida á la Sociedad de los Hospitales*).—Un año hace próximamente, en el mes de Septiembre de 1887, apareció en "*les archives roumaines de médecine et de Chirugie*, bajo la firma de un Doctor de Nueva Orleans llamado Just Touatre, un artículo cuyo título y conclusiones debian ciertamente excitar la atencion de los médicos y la esperanza de los enfermos: se trataba nada menos que de la curacion de los cólicos hepáticos, por un procedimiento muy sencillo, rápido y seguro. Bastaba tomar en dos veces, con media hora de intervalo, 400 gramos de aceite de olivo puro y acostarse tres horas sobre el lado derecho: diez horas despues, los cálculos eran evacuados por el intestino; hé ahí todo el secreto. Se puede encontrar en el artículo en cuestion la historia del orígen empírico de una medicacion tan fácil y tan nueva. Este tratamiento, aceptado por el público médico de Nueva Orleans, dió en las manos de los médicos y sobre los médicos mismos, maravillosos resultados.

Con tales testimonios y tales pruebas, este descubrimiento terapéutico debia hacer eco rá-

pidamente. Hemos tenido ocasion de experimentar este tratamiento sobre algunos enfermos y de comprobar sus efectos clínicos y físico-químicos. Digamos desde luego que entre estas dos clases de hechos, los resultados prácticos del tratamiento por una parte, y los resultados químicos del análisis de las materias arrojadas, por otra, no existe ninguna relacion racional, ningun enlace lógico comprensible; de tal manera, que á nuestros ojos la medicacion conserva su carácter empírico y misterioso de su orígen. Hé aquí brevemente resumidos los resultados de nuestras observaciones:

Nuestras enfermas eran todas mujeres de edad de 45 á 60 años, artríticas, gruesas, calculosas y que ya habian sufrido cólicos hepáticos. El tratamiento aplicado segun el modo prescrito, fué seguido salvo algunas excepciones de detalle y produjo idénticos resultados en todos los casos: mejoría de los síntomas y alivio de la enferma; evacuacion, al cabo de siete ú ocho horas, de gran número de concreciones tomadas por cálculos biliares por los primeros observadores del método.

Analicemos separadamente estos resultados: 1º el resultado práctico.

En la observacion I, desde el dia siguiente el hígado disminuyó de volúmen; la region de la vesícula quedó libre é indolora, el apetito volvió y el estado general se mejoró bastante. En el segundo ataque, la enferma se sintió mejorada.

La observacion II es menos probante, la medicacion no fué seguida de una mejoría bien clara; pero es necesario decir aquí que el tratamiento fué instituido fuera de toda crísis dolorosa.

En la observacion III debida á la bondad del Prof. Hayem la mejoría considerable se afirmó por la desaparicion de la icteria, el prurito, la vuelta del apetito y el levantamiento del estado general.

En la observacion IV la region hepática quedó indolora y los cólicos biliares desaparecieron.

En la observacion V, cuyo resúmen tomamos de una comunicacion de Rossenberg á la Sociedad de medicina de Berlin el 18 de Abril de 1888, se nota una gran diminucion del volúmen de la vesícula y la desaparicion de los accidentes.

En la observacion VI, debida al Dr. Bucquoy el dolor que de quince dias atrás persistia al nivel de la region hepática, desapareció rápidamente y la enferma salió del hospital completamente curada.

En la observacion VII se verificó la misma desaparicion del dolor local, del tinte sub-ictérico de los tegumentos, evacuacion de muchas concreciones y *de un verdadero cálculo de colesterina.* En otro caso, observado igualmente por Bucquoy, hubo una rápida mejoría y desaparicion del tinte ictérico que existia varias semanas antes del tratamiento.

Examinemos los resultados físico-químicos de la medicacion:

En todos los casos, la ingestion del aceite fué seguida, al cabo de 7 á 8 horas próximamente, de la evacuacion por el intestino de un número considerable, en general superior á cincuneta, de concreciones semi-sólidas, que resistieron á la accion del agua, de forma irregularmente ovoide, de color verdoso (eran de un color blanco gris, en dos casos) cuyo volúmen variaba entre el de una cabeza de alfiler al de una nuez de consistencia blanda, maleable, semejante á la de la cera verde. El corte de estas concreciones revela una disposicion concéntrica de sus capas constitutivas, y en su periferia el tono verde era más acentuado.

Extendidas sobre un papel filtro y expuestas á la accion del aire seco, se endurecen, se ponen rígidas, se oscurecen, y en el punto donde están colocadas aparece una mancha aceitosa. A los tres dias de desecacion, las concreciones se rompen á la menor presion entre los dedos y dejan una pequeña concha vacía, frágil, sumamente delgada y que exhala un olor fecal muy pronunciado.

El exámen microscópico de los restos de estos corpúsculos no declara más que celdillas epiteliales muy alteradas, glóbulos grasosos, pigmento biliar y masas amorfas sin significacion.

El análisis de las concreciones dió los resultados siguientes: Los cálculos encierran una débil proporcion de colesterina; están formados principalmente por grasas neutras y ácidos grasos libres. En resúmen, su composicion puede expresarse así:

Colesterina.................. débiles proporciones.

Acidos grasos (ác. palmítico principalmente)	21.04%
Oleina	14.93 „
Palmitina	63.67 „

"Conforme los análisis antiguos de Chevreul y Braconnot, el aceite de olivo encierra 27% de palmitina y 73% de oleina. Es fácil ver que la materia grasa de los cálculos es muy diferente del aceite ingerido: difiere por la gran proporcion de ácido graso libre y despues por su tenor considerable de palmitina.

"Parece, entonces, legítimo concluir que muy probablemente, bajo la influencia del jugo pancreático una parte del aceite haya sido transformado en glicerina y ácidos grasos, y que esta descomposicion se haya verificado más especialmente sobre la oleina, dejando una masa muy rica en palmitina."

De la precedente exposicion se deduce la conclusion siguiente: las concreciones recogidas en las evacuaciones, no eran cálculos biliares.

Una experiencia bien sencilla sirve para demostrarlo: un cálculo de colesterina sumergido en aceite de olivo, no sufre alteracion ninguna. Parece, por esto, verosímil que el mecanismo fisiológico supuesto por Touatre, no es admisible. La prueba experimental confirma esta aseveracion; en efecto, el aceite no penetró en las vías biliares en experiencias emprendidas sobre perros, cuyo hígado fué abierto despues de habérseles hecho ingerir fuertes dósis de aceite colorido por la eosina; la experimentacion sobre el cadáver prueba tambien que el aceite no asciende en las vías biliares. Tenemos, pues, que llegar á esta doble conclusion: eficacia indudable de la medicacion, é imposibilidad de dar á este hecho una explicacion físico-química experimental satisfactoria: pero de cualquiera manera, nos parece que de nuestros estudios se desprenden dos enseñanzas útiles: 1ª, el hecho empírico de la eficacia, indudable en ciertos casos, de la medicacion; 2ª, demostracion del error de los médicos americanos al tomar por cálculos reblandecidos lo que no es mas que el producto de la digestion, ó mejor dicho, de la *indigestion* del aceite de olivo.

Este es, sin duda, uno de los mejores ejemplos de los resultados de una observacion incompleta y tambien uno de los capítulos más típicos de las ilusiones de la terapéutica.

No es esto todo, sin embargo: los enfermos obtienen seguramente una ventaja por este método un poco caprichoso por cierto, y si la fisiología patológica no puede explicar el hecho, la clínica tiene el derecho de apropiarse el beneficio.—(*Gazette Hebd. 26 Oct. 1888*).

INDICACIONES TERAPÉUTICAS EN EL SARAMPION.—En una comunicacion sobre la reciente epidemia de sarampion en Nápoles, el Dr. Montefresco hace las consideraciones siguientes, interesantes bajo el punto de vista terapéutico:

Se opone, desde luego, á las medicaciones antipiréticas, juzgándolas inútiles en la mayoría de los casos. Se deben reservar los antitérmicos, dice, para aquellos casos en que la elevacion de la temperatura amenace conducir á la degeneracion del miocardio y á perturbaciones encefálicas.

La importancia del régimen es considerable. Recomienda, sobre todo, la glicerina, preferible al alcohol y susceptible de mantener las fuerzas del enfermo disminuyendo la excrecion de la urea y la temperatura. La prescribe bajo la forma de limonada á la dósis cuotidiana de 20 á 30 gramos.

La más vulgar y la más grave de las complicaciones es la bronco-neumonía, que debe tratarse por la ipecacuana en infusion. Es un expectorante poderoso cuya accion se completa con la tintura de acónito para disminuir la tos. En la bronquitis capilar de los enfermos de sarampion, aconseja el uso del ioduro de sodio á la dósis de medio gramo á título de eupneico. Asociado al bromuro de la misma base, este medicamento regulariza el rítimo respiratorio, atenúa el encumbramiento brónquico y disminuye la frecuencia de la tos. Un remedio así preparado es á la vez un eupneico y un sedante.—(*Arch. de pat. infant., 1888*).

OBSTETRICIA.

DESARROLLO DE LA PLACENTA.—El Sr. Frommel (Erlangen) ha estudiado el desarrollo de la placenta en la hembra del murciélago, y hé aquí, en sustancia, lo que ha observado. Cuando el huevo fecundado ha llegado á la cavidad uterina, se establecen adherencias entre el blastodermo y el epitelio uterino, el cual acaba por desaparecer. El huevo constituye una especie de cripta en la cara interna del útero, y lo que se desarrolla en la parte superior de esta cripta, no es más que la placenta. Despues de que

el huevo se ha soldado á la cara interna del útero, se forma una capa de protoplasma, que contiene núcleos á diversos grados de desarrollo. La capa más superficial de celdillas entra en proliferacion muy activa, y las vellosidades del corion se insinúan en esta capa decidual. Inmediatamente abajo de las adherencias, se desarrollan vasos dispuestos en forma de coronas; esta es la red arterial materna (en el útero no grávido, la mayoría de estos vasos preexisten al estado de capilares). Despues, las glándulas del útero desaparecen en todo el territorio que corresponde á la placenta. El epitelio del corion prolifera en la profundidad, en donde se desarrolla el endocorion, que se forma á expensas de la capa externa de la alantoide. Los vasos dispuestos en forma de coronas acarrean la sangre á este nivel; la sangre materna y la sangre fetal se ponen allí en íntimo contacto. Finalmente, se forma, hácia la parte externa, un espacio que se llena de sangre, pero que no persiste, pues se transforma en una masa esponjosa, y á este nivel, segun toda probabilidad, es de donde se desprende la placenta.—(*Jour. des Sociét. Scient*).

TOXICOLOGÍA.

ENVENENAMIENTO CRÓNICO POR EL TÉ, *por W. N. Bullard*.—El autor presenta el resultado de observaciones numerosas y prolongadas. Hé aquí á las conclusiones á que ha llegado:

1.ª El envenenamiento crónico por el té, produce un estado de irritabilidad y de excitabilidad exagerada del sistema nervioso é indirectamente provoca desórdenes de la digestion. La accion se acumula;

2.ª El sistema nervioso, por el uso moderado pero prolongado del té, se hace impresionable á las influencias exteriores, lo cual favorece la produccion de neurósis funcionales ó las mantiene;

3.ª El té no podria provocar lesiones funcionales del sistema nervioso, pero agrava probablemente los síntomas, cuando estas lesiones existen;

4.ª No está probado que el té pueda ocasionar lesiones funcionales sérias en las personas no predispuestas, pero constituye un factor importante en la produccion de nevralgías, histeria y otras afecciones de este género;

5.ª Cuando se toma el té habitualmente y á dósis considerables, las perturbaciones dispépticas aparecen antes que se hayan producido daños irreparables en el sistema nervioso;

6.ª En la jaqueca y puede ser que en otros neurósis funcionales, el sistema nervioso necesita probablemente de una ligera estimulacion que el té procura más fácilmente que otras sustancias igualmente accesibles al público; por esta razon, los individuos que padecen jaquecas son frecuentemente tomadores de té.

La cantidad necesaria para producir los efectos tóxicos es superior á 5 tazas por dia.

Los síntomas son: inapetencia, dispepsia, palpitaciones, náuseas, vómitos, un estado de excitacion nerviosa que se traduce, ya sea por histeria, ya sea por perturbaciones intelectuales que se aproximan á la manía. Se observan frecuentemente dolores cardiacos con irradiaciones en el brazo izquierdo como en la angina de pecho.—(*Boston, med. and surg. Journal*).

FORMULARIO.

POMADA DE IODOFORMO DESODORADA.

Iodoformo	ââ	3,00
Café torreficado en polvo.		
Vaselina................		30,00

M. s. a. *(Jorn. da Socied. das Sciencias Med. de Lisboa).*

EL CIMICÍFUGA RACEMOSA CONTRA LOS ZUMBIDOS DE OIDOS.

La cimicífuga ó *Actœa racemosa* es recomendada como remedio nervino. El Dr. Ellis administra la tintura contra los zumbidos de oidos, tres veces por dia, á la dósis de 1,50 en agua.—*(Giornale de farmac. e di chimica).*

TRATAMIENTO LOCAL DE LAS VARICES. (*Kobert*).

Cloruro de bario.............	1,50
Agua destilada.............	c. b.
Lanolina	15,00
Aceite de almendras dulces...	5,00

Se disuelve el cloruro de bario en el agua destilada por agitacion y se agregan los cuerpos grasos.

Fricciones tres veces al dia en las venas dilatadas.—(*Giornale di Farm. e di Chimica*).

INYECCIONES ANTIBLENORRÁGICAS.

El Sr Dr. Audhoni ha empleado con éxito en muchos enfermos atacados de blenorragia aguda y crónica, la solucion siguiente en inyecciones uretrales repetidas, segun los casos, dos ó varias veces al dia:

Agua destilada de rosas..........	100,00
Agua destilada de laurel cerezo..	100,00
Antipirina....................	5,00
Sulfato de zinc................	0,50

(*Thérap. contemp.*)

VEJIGATORIO DE BONI.

El autor hace la mezcla siguiente:

Alcanfor pulverizado......	20 partes
Hidrato de cloral.........	30 „

Se funden juntamente estas sustancias á la temperatura de 60 grados; á la masa líquida se agregan diez partes de cantáridas en polvo; se agita durante una hora y se cuida de no pasar de la temperatura de 70 grados, y por último se filtra. El licor vesicante puede emplearse en compresas ó en unciones por medio de un pincel.—(*Union pharmac.*)

EL FENATO DE ALCANFOR.

Se disuelve el alcanfor en ácido fénico en la proporcion de 1 á 3. Es un líquido oleaginoso y odorífero. Mezclado en cantidades iguales con un vehículo aceitoso, se le emplea contra los diviesos, las comezones del herpes, el prurito vulvar. En inyecciones bajo la piel, produce primero escozor, despues anestesia local. Se ha empleado al interior en cápsulas, á la dósis de 5 á 10 gotas.—(*Jour de pharm. et de chimie*).

INDICACIONES TERAPEUTICAS DEL SULFATO DE ESPARTEINA, COMO MEDICAMENTO CARDIACO.

Cápsulas y jarabe de Houdé.

La esparteina descubierta por Stenhouse en 1850, es un alcaloide que se encuentra en el *Spartium Scoparium*, pequeño arbusto de la familia de las leguminosas papillonáceas; crece habitualmente en los lugares incultos, á la orilla de los caminos á donde el terreno es silicoso.

Fick en 1873, fué el primero que estudió la accion fisiológica de esta sustancia, y creyó poder asegurar que obra sobre la médula y sobre los nervios motores.

En 1880, Mr. Rimond emprendió, en el laboratorio del profesor Vulpian, un estudio experimental de la esparteina, é hizo una fiel y buena descripcion de sus efectos generales; pero ninguno de los autores que han estudiado esta sustancia bajo el punto de vista fisiológico, habia señalado la influencia capital que el sulfato de esparteina ejerce sobre los movimientos del corazon.

El Dr. Laborde, jefe de los trabajos fisiológicos de la Facultad de Medicina, hizo conocer la influencia notable que este alcaloide ejerce sobre el músculo cardiaco cuyas contracciones aumentan de intensidad y duracion, y que á la dósis de 10 centígramos produce una accion dinamogénica como si este órgano hubiese recibido de la sustancia medicamentosa una nueva impulsion de actividad.

Hé aquí en qué términos se expresa el profesor German See en una comunicacion á la Academia de Ciencias, tocante á las propiedades terapéuticas del sulfato de esparteina. Tres efectos característicos y constantes resultan de mis observaciones: el primero, que es el más importante, es el *levantamiento del pulso*, su accion tónica es infinitamente más marcada, más pronta y más durable que la de la digital y la convalaria. El segundo efecto es la *regularizacion inmediata del ritmo cardiaco;* y el tercero, la *aceleracion de los latidos* que se impone en las grandes atonías del corazon.

El sulfato de esparteina se administró á la dósis de 5 á 15 centígramos, pero por su mal sabor es conveniente administrarlo en cápsulas que se prescriben á la dósis de 4 á 6 cápsulas por dia (ó sea de 8 á 12 centígramos), y esto durante tres ó cuatro dias; despues se suspende puesto que el efecto del sulfato de esparteina persiste hasta varios dias despues de la supresion; más tarde se vuelve á la misma medicacion durante una nueva série de algunos dias; luego se suspende de nuevo, y así se sigue hasta llegar á obtener un efecto constante.

El jarabe de sulfato de esparteina se toma á la dósis de dos ó tres cucharadas ordinarias, lo que corresponde á 8 ó 12 centígramos; se seguirán las mismas alternativas de suspension que con las cápsulas.

De esta suerte, el enfermo no tomará más que unos 10 centígramos, aproximadamente, de sustancia medicamentosa, en las 24 horas.

TIP. DE DUBLAN Y COMP.

Vol. I. México, Noviembre 15 de 1888. Num. 18

REVISTA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO BIMENSUAL DIRIGIDO POR EL DR. JOSE RAMOS.

COLABORACION:

Dres. R. Lavista, M. Carmona y Valle, E. Liceaga, J. M. Rodriguez, R. Fuertes, M. Alvarado, D. Mejía, J. M. Bandera, M. Dominguez, M. Gutierrez, San Juan, F. de P. Chacón, R. Vertiz, M. Cordero, F. López, F. Ortega y Fonseca, F. Hurtado, N. Vargas, J. Martinez del Campo, C. Tejeda Guzman, J. Villagrán.

DIRECCION Y REDACCION:
REFUGIO NUM. 15, ENTRESUELO,
DESPACHO DE LOS SRES.
E. DUBLAN Y COMP.
Administrador y propietario: Dr. Manuel Barreiro.
Apartado en el Correo núm. 619.

PRECIOS DE SUSCRICION:

EN LA CAPITAL
Por un mes..................$ 0 50
Por seis meses.................. 2 50

EN LOS ESTADOS
Por un mes..................$ 0 62
Por seis meses.................. 3 00

PRENSA EXTRANJERA QUE RECIBIMOS PARA LA FORMACION DE LA REVISTA:

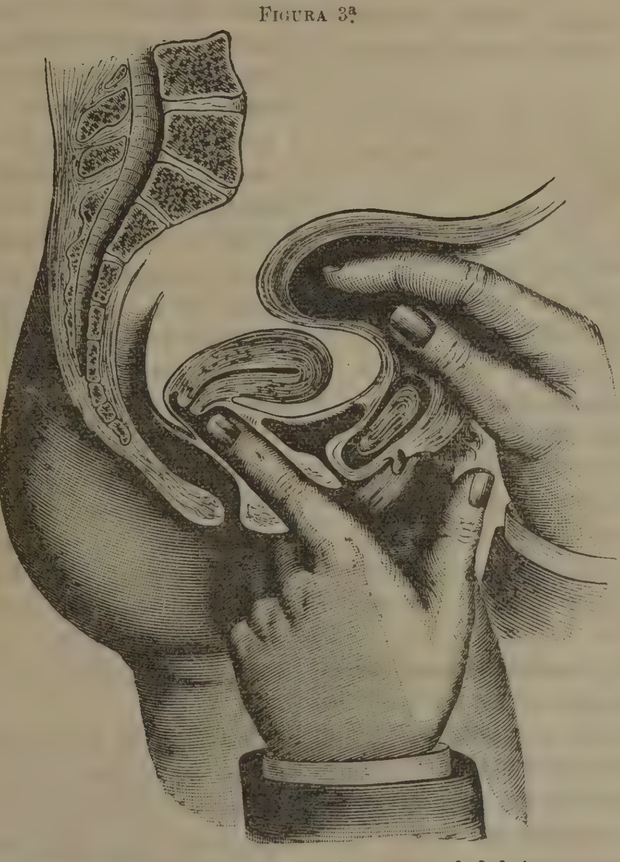
"Gaceta Médica de Paris."—"Gaceta de los hospitales civiles y militares de Paris."—"Periódico de las Sociedades Científicas."—"Revista Científica."—"La Naturaleza."—"Gaceta Hebdomadaria."—"Revista de Medicina," de Bouchard, Charcot y Chauvau.—"Anales de las enfermedades de los órganos genito-urinarios."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Lúcas Championière.—"Periódico de Medicina de Paris," de Lutaud.—"Boletin de la Academia de Medicina."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Bruselas.—"El Electricista."—"El Tiempo Médico," de Filadelfia.—"El Registro Médico."—"El Mundo Médico."—"Anales de Ginecología," de Boston.—"La Lanceta," de Lóndres.

SECCION EDITORIAL.

La Anteflexion en la Ginecología Moderna y su Tratamiento.

(Continúa.)

Figura 3ª



Naturalmente, la ligereza de la curva no puede fijarse de una manera matemática; pues ella varia más ó menos segun la individualidad; pero sí podemos asegurar que el útero está en *normal* Anteversion, cuando por el reconocimiento bimanual encontremos un útero cuyo cuerpo apoye ligeramente sobre la vejiga, que el orificio externo mire el sacro, no presentando ningun ángulo en el punto de reunion del cuerpo y del cuello, y sobre todo, que esta posicion no determine *síntomas.*—Esta idea de produccion de *síntomas,* así como la existencia del ángulo, es la característica de la Anteflexion.

Antes de entrar á tratar la cuestion que me he propuesto, creo útil dar algunos apuntes sobre las diferentes maneras de considerar la Anteflexion por algunos de los ginecólogos modernos.

E. Martin, en su libro sobre las desviaciones uterinas, se explica así: "Es anormal toda posicion que ocupe el útero, si no está situado en el eje vertical de la pélvis." [1]

J.B.Schulze [2] Prof. de Ginecología de Yena, fué el primero que aceptó la idea de que la posicion normal del útero era la Anteflexion. Dis-

1 Neigungen ú Beugungen d. Gebaermutter.
2 Schulze Lageveraenderungen d. Uterus.

tincion sutilísima fué la suya al clasificar las Anteflexiones, llamando *fisiológica ó móvil* (la que él considera como posicion normal) y *patológica ó estable* aquella en la cual el útero, estando fijo por adherencias inflamatorias, no puede seguir los movimientos que comunica al órgano el dedo explorador.

Como se ve, para Schulze, la movilidad es la piedra de toque del diagnóstico.

Si la causa de la Anteflexion patológica son las adherencias, natural seria relacionar la enfermedad á la afeccion que la determina y no crear una nueva entidad patológica.

Fritsh de Breslau, que al principio parece seguir las ideas de Schulze, marca su inconsecuencia cubriéndose con la teoría de la indiferencia de posicion, teoría que no es nueva, pues ya Aran, Cruvelhier y otros la habian presentado.

Esta indeferencia de posicion no puede admitirse; más bien seria de creerse que si existe, es debida á algun estado patológico de los ligamentos sostenedores del útero, que permiten que este órgano pueda ocupar las más encontradas posiciones.

En cambio Schroeder, Ruge, Beigel y otros ginecólogos distinguidos miran la Anteflexion como un estado patológico.

A. Martin, insiste en sus lecciones diciendo que la posicion normal es la ya mencionada en la fig. 1ª, pero que el útero puede cambiar de posicion, segun las posiciones que tome el cuerpo y siguiendo la ley de la pesantez.

La Ginecología moderna considera la Anteflexion como un estado patológico, y yo, despues de haberme cerciorado de esta verdad, paso á tratarla como una desviacion uterina que requiere un atento estudio.

De la Estadística se deduce que hay dos clases de Anteflexion: la *congénita* y la *adquirida.*

La etiología de la primera debe siempre buscarse en un debilitamiento de los tejidos de las paredes uterinas al nivel del punto de reunion del cuerpo y del cuello; debilitamiento que tiene forzosamente que determinar, en virtud de las leyes físicas, que el cuerpo se doble sobre el cuello.

Sin admitir este estado de relajamiento de los tejidos, es imposible pensar en la existencia de una Anteflexion; las paredes de un útero normal, son demasiado fuertes para permitirlo.

Repetidas veces ensayé en el Instituto Patológico que dirige el eminente Profesor Rodolfo Virchow, el determinar la flexion en úteros normales; y solo la conseguia cuando haciendo un corte en forma de cuña en el punto de reunion, debilitaba las paredes á ese nivel. Cualquiera puede convencerse fácilmente de la verdad de mi asercion.

Una Anteflexion, existiendo como tal desde los primeros años, no la creo posible; yo admito la existencia de una *predisposicion* de los tejidos, sobre la cual han influido muchas causas en mancomun, que en el transcurso del tiempo han determinado esta flexion.

La Anteflexion es debida á una atrofia primitiva en el punto de reunion? ó bien la Anteflexion misma es la causa de la atrofia?

No es posible admitir que la atrofia se haya limitado á un solo punto de los tejidos, dejando el resto en estado normal, ni tampoco aceptar la idea de una Anteflexion *d'embleé*, como dicen los franceses: la verdad debe estar entre los dos extremos, un *debilitamiento general, que crea condiciones favorables á las causas,* que por su constancia de accion determinan la flexion.

Los estudios microscópicos no nos dan suficiente luz sobre este particular, y los que yo emprendí no me permiten externar un juicio decisivo, por ser muy escaso el material de que disponia y por ser esta una cuestion que requiere un trabajo largo y concienzudo.

Lo único que puedo decir es, que al nivel del punto de reunion, encontré un tejido muscular degenerado, presentando el aspecto del tejido tendinoso (pero de ninguna manera que sea este tejido), y cuya presencia relaciono yo á un fenómeno enteramente pasivo, un fenómeno constante de compresion á este nivel. Esta cuestion merece ser estudiada con atencion.

La etiología de la Anteflexion adquirida, se relaciona siempre con la inflamacion de los tejidos adyacentes y sobre todo del peritoneo que cubre la pélvis; estos procesos inflamatorios determinan la formacion de bridas que fijando el cuello á la pared posterior, tiran éste hácia atrás y arriba, y el cuerpo, siguiendo

las leyes de la pesantez, cae hácia adelante doblándose sobre el cuello.

Schulze admite que la causa de esta Anteflexion, es la Parametritis posterior,[1] idea que era ya conocida no solamente por E. Martin[2] sino tambien por Velpeau.[3]

Bandl sigue la idea anterior, pero hace ver que esta Parametritis depende de un catarro del cuello que se propaga hasta los pliegues de Douglas.

Schroeder hace notar, con sobrada razon, que es más bien la Perimetritis la causa, pues nunca ha llegado á confirmar la existencia de la Parametrítis en las disecciones cadavéricas.

Yo acepto esta manera de ver de Schroeder por ser la más exacta y la que mejor nos explica el fenómeno.

Si la inflamacion es la causa determinante de la Anteflexion, surge necesariamente otra cuestion: ¿Cuáles son las causas de esta inflamacion? Noeggerath con su extravagante exclusivismo, quiere encontrarlas en la gonorrea; pero esta idea, aunque cierta en algunos casos, no puede ser generalizada, pues hay muchas mujeres vírgenes, con hímen intacto, en las cuales se reconoce la inflamacion como causa determinante de la flexion.

Los desórdenes circulatorios producidos por la menstruacion, han jugado un gran papel entre las causas determinantes de la Perimetritis. No hay médico viejo que no nos cuente los casos más ó menos notables de Pelvi-peritonitis que ha observado en su práctica, producidos por algun enfriamiento estando las mujeres en la menstruacion; pero sí es indudable que en muchos casos la menstruacion puede ser causa de la inflamacion; en otros muchos, la inflamacion ya preexistente, puede tambien determinar estos desórdenes menstruales y entonces nos movemos en un Circulus vitiosus.

Para poder llegar á un conocimiento exacto de la verdad en estos casos, debemos estudiar y observar las individualidades, único medio que nos resta para llegar á fijar de una manera positiva, cuál de los dos factores es el antecedente y cuál el consecuente.

Como causa indudable de Anteflexion, lo son los fibromas, adenomas de base muy ancha que se implanten, ya en la pared anterior, ya en la pared posterior del útero y que por su peso determinan la flexion.

Una variedad de Anteflexion debo mencionar, llamando la atencion sobre ella por las dificultades que presenta para su diagnóstico y sobre la cual entraré en más detalles cuando me ocupe del tratamiento. Es aquella que Fritsch llama Cuello tapiroide y Martin (A) Ellongatio colli supravaginalis, y cuya causa, segun este último, está relacionada con un catarro del cuello.[1]

E. Martin da como causa probable de la Anteflexion, la incompleta evolucion del lugar donde se implanta la placenta, la cual determina un aumento de la pared uterina y causa así la flexion.

II

Dos han sido los síntomas que tradicionalmente se nos han legado como predicados obligatorios de la anteflexion, que es de las afecciones uterinas, la que con mayor frecuencia conduce á la histeria. *Dismenorrea* y *esterilidad.*

Para la explicacion de estos dos síntomas se han aguzado los ingenios, se han forjado toda clase de teorías y es en esta explicacion donde mejor papel ha jugado la cuestion de *moda.*

El dogma "*nulla dismenorrhea nisi mechanica*" fué durante mucho tiempo un artículo de fé entre los ginecólogos, y Sims, deificado por haber creado la teoría mecánica.

La explicacion era muy sencilla: "El útero "en Anteflexion presentaba un estrechamiento "del canal al nivel del ángulo, la sangre mens-"trual, encontrando un obstáculo á su salida, "permanecia en la cavidad uterina; determina-"ba contracciones para su expulsion y esta con-"traccion producia un dolor más ó menos agu-"do, es decir: *dismenorrea.*"

Esta explicacion tan fácil y tan sencilla, tenia que satisfacer y llenar de brío á los adictos que encontraban en ella una línea de conducta y que creian ya poder curar, haber encontrado algo tangible y lo que era más útil aún, usar instrumentos y operar!

La moda pasó y con ella la teoría mecánica y hoy, ésta, no encuentra más leal aplicacion

1 Schulze Lageveraenderungen d. Uterus.
2 E. Martin. Neigungen und Beugungen d. Gebaermutter.
3 Velpeau. Rev. med. chir. Déc 1849.

1 A. Martin Handbuch der. Frauenkrankheiten.

que en los casos de Anteflexion exagerada, estando el vértice del ángulo fijado á la pared posterior y colocado en un plano superior al plano que ocupa el cuerpo; y fácilmente se comprenden los dolores en estos casos, dado que la sangre no puede salir de abajo arriba.

Pero á excepcion de estos casos, debemos buscar en otra parte la causa de los dolores dismenorréicos, y esta es, á mi ver, *la resistencia que las capas musculares del útero ofrecen á la hiperhemia.* En un útero normal, las capas musculares son elásticas, se dilatan sin oponer resistencia alguna, la mucosa uterina sigue los mismos pasos, y cuando la hiperemia ha llegado al máximum, la sangre brota entre las capas epiteliales que han quedado intactas; la mucosa disminuye de volúmen, las capas musculares regresan al estado normal y el fenómeno de la menstruacion, se efectúa lisa y llanamente.

No acontece lo mismo cuando la mucosa y las capas musculares se han degenerado al nivel del ángulo; la mucosa no se dilata, las capas musculares que han perdido su elasticidad, permanecen rígidas y ofrecen una resistencia poderosa á la hiperemia; esta resistencia se propaga hasta las ramificaciones nerviosas, que sufren una compresion que es la causa inmediata del dolor, y los mismos fenómenos reflejos que esta compresion determina en las embarazadas, como son los vómitos, náuseas, etc., determina en muchas mujeres cuyo útero no es normal, por lo cual se explican los vómitos y las náuseas que acompañan frecuentemente la Anteflexion y mientras que se produce el acto menstrual.

El grado de dolor está en proporcion directa del grado de la flexion y de la edad de la paciente; los primeros flujos menstruales son tolerables; pero á medida que la edad avanza (y sobre todo entre 20 y 30 años), los dolores se acentúan más y más y la vida se hace insoportable, las mujeres pierden todo deseo de vivir, se convierten en ruinas ambulantes, viejas de 30 años, arrastran la pesada cadena que las conduce lentamente á las histerias más graves y aun á las psicosis.

La forma del dolor es la más variable y en relacion tambien con la sensibilidad individual; yo he visto todos los grados, desde el dolor que toma la forma de sensacion obtusa, hasta aquella en que las mujeres caen en un verdadero paroxismo, sintiendo que su cuerpo es presa de mil y mil dolores de naturaleza diferente que se irradian, ya por los miembros inferiores, caderas, bajo vientre, ya subiendo por las regiones lombares y determinando cierto estado opresivo de la respiracion.

Como se comprende fácilmente, no es la sangre ni los coágulos sanguíneos (que propiamente hablando no son cuerpos extraños, como lo pretende la teoría mecánica), los que son capaces de producir tal tormenta, ni de determinar contracciones más fuertes y dolorosas que verdaderos cuerpos extraños, como pólipos, tumores de bases muy anchas, instrumentos como el histerómetro y los pesarios intrauterinos [1] no producen.

Y si fuese cierto como lo pretenden, de que es la sangre la causa directa de estos dolores, siempre que se presentasen estos dolores, podiamos nosotros determinar la coexistencia de sangre en la cavidad uterina, lo que no es cierto y cualquiera puede asegurarse de esto.

Por lo dicho anteriormente se deduce, que para la produccion de estos dolores se requiere, no la presencia de sangre en la cavidad, sino que algun cambio anatómico de los tejidos se haya paulatinamente operado y que nos pueda explicar estos síntomas con algunos visos de certidumbre.

El *catarro* uterino ha sido considerado como una causa de los dolores. Es necesario distinguir lo que se llama vulgarmente *catarro* y lo que propiamente es el *catarro.* El primero es una limpia hipersecrecion glandular, mientras en el segundo, la secrecion contiene elementos purulentos.

Cualquiera médico que haya reconocido muchas mujeres, sabe que el contacto del dedo ó la introduccion de una sonda uterina de mediano calibre, producen un aumento de la secrecion; pero que esta hipersecrecion *per se*, sea la causa de los dolores, no puede ser admitida; y yo, en estos casos como en los anteriores, creo deber relacionar los dolores á un cambio de textura y suponer que las glándulas han sufrido un desarrollo excesivo, el cual se ha efectuado á expensas de los tejidos, que han

1 Los duros coágulos que el Liq. ferrí sesquichlorati determina despues de la Abrasion de la mucosa, determinan rara vez contracciones uterinas.

venido á quedar degenerados y ofrecen los mismos fenómenos de resistencia ya mencionados.

Otro artículo de fé en la Ginecología antigua fueron las *estenósis* del orificio interno como causa de la dismenorrea.

No es tan sencillo el diagnosticar las tales *estenósis*, y antes de dar tal diagnóstico, debemos recordar cuántas dificultades se presentan aún á los más prácticos para introducir la sonda y sin que estas dificultades (que son mucho mayores en casos de Anteflexion, porque la punta del instrumento tropieza con la saliente interna del ángulo), nos autoricen á asegurar la existencia de una estenósis del orificio interno.

Hay estenósis, cuando despues de muchas tentativas no podemos introducir una sonda cuyo boton mide 3 milímetros de diámetro.

Y en muchos casos, estas estenósis son consecutivas, un pólipo mucoso, un pólipo fibroso de Virchow, un estado inflamatorio de la mucosa, son muchas veces la causa de la oclusion del orificio interno; pero estas estenósis son transitorias: curada la causa inmediata que las determina, ellas desaparecen, dejando el oricio permeable.

La causa de la dismenorrea en la Anteflexion adquirida, debe siempre relacionarse á la causa directa de esta misma Anteflexion que es, como sabemos, una inflamacion del peritoneo que cubre la pélvis.

Reflexiónese un momento cuáles serán los sufrimientos de estas enfermas, si consideramos la accion simultánea de las causas.

El diagnóstico de la causa con la que más directamente debemos relacionar el dolor, no es tan fácil hacerlo al primer reconocimiento, y solo despues de larga observacion y repetidos reconocimientos podremos llegar á la verdad.

Sobre el síntoma *Esterilidad* no pretendo buscar su explicacion de una manera profunda, porque el estudio de sus múltiples causas, me llevaria muy lejos del plan de mi trabajo; básteme solo mencionar, que en las Congénitas se admite su existencia, por las mismas razones que se dieron para la dismenorrea, las cuales no satisfacen, ni son admisibles, pues los espermotozóides bien pueden pasar por canales que permiten el paso á una sonda ó á la sangre.

De todas las desviaciones uterinas, es tal vez la Anteflexion la que con mayor frecuencia determina la esterilidad; pero la razon de esto debe buscarse, no en la Anteflexion misma, sino en la dificultad que esta desviacion uterina presenta á la más perfecta adaptacion del pénis al hocico de tenca, lo que hace que los espermatozóides no puedan penetrar en el canal.

Sin embargo, en ningun caso debemos negar un factor con el que casi nunca cuenta el médico: la *casualidad*. Así Fritsch asegura haber visto concebir mujeres, cuyo útero presentaba la forma de cuello tapiróide.

En las Anteflexiones adquiridas, la esterilidad se relaciona con la Para ó perimetritis que la determinan; curada ésta, aquella desaparece.

Un síntoma se encuentra casi siempre constante: la presion sobre la vejiga. El útero en Anteflexion, parece impedir la dilatacion normal de la vejiga, y de aquí el tenesmo de que se quejan estas pacientes.

(Continuará).

DE LAS HEMORRAGIAS
POR
"PLACENTA PRÉVIA."

(PATOGENIA Y TRATAMIENTO)

Por el Dr. Manuel Barreiro.

La definicion fisiológica precisa de la insercion viciosa de la placenta es: la colocacion de una porcion placentaria sobre la Zona orificial del útero; una parte de esta Zona ó la Zona entera puede ser ocupada por la placenta que, si desciende hasta el orificio interno, es una placenta prévia parcial; si lo cubre completamente, es una placenta prévia central.

No es esta la ocasion de hablar de los peligros que presenta esta anomalía, que todo médico ha palpado con sus propias manos. Me limitaré únicamente á proponer tres problemas que encierran en sí todo aquello que más preocupa á nuestros eminentes maestros: 1.º ¿Cuál es el sitio de la hemorragia? 2.º ¿Cuál es su causa? 3.º ¿Cuál es el mejor método para salvar la vida de la madre y la del niño?

Sitio de la hemorragia.—La estructura de

la placenta es uno de los problemas que ha excitado más la paciencia y la imaginacion de los anatómicos. Desde remotos tiempos, las disidencias han sido considerables, y si los autores modernos admiten que las vellosidades del corion, forman por su desarrollo la masa fundamental de la placenta, no es menos cierto que existen aún entre ellos, divergencias notables respecto á las conexiones de las vellosidades con la circulacion. En efecto, mientras que Vieussens, Cooper, Haller, Chaussier y Flourens sobre todo, admiten una comunicacion directa entre la sangre materna y la fetal, otros niegan dicha comunicacion; mientras que unos admiten que el útero envía á la placenta vasos que se intrincan con los de las vellosidades (vasos utero-placentarios de Antonio Dubois), otros declaran que las vellosidades fetales se sumergen en los senos uterinos y que ningun vaso pasa al estado capilar en el parenquima de la placenta.

Los vasos placentarios, en su trayecto, presentan que notar: 1 º, que hay siempre una arteria y una vena unidas; 2 º, que esta union es tanto más íntima, cuanto que ambos se desarrollan en una vaina comun de la misma naturaleza, que la pared de los vasos; 3 º, que se contornean en espiral. Las últimas ramificaciones de estos vasos umbilicales, penetran en las vellosidades coriales adonde continúan unidas; el tabique intervascular desaparece, y confundidas en un solo vaso, se encorvan y forman una asa. Las vellosidades, provistas de dichos vasos, avanzan hácia la caduca serotina que, por su parte, envía prolongamientos tambien provistos de vasos que avanzan hácia las vellosidades hasta que el contacto se establece. El destino de estas vellosidades es la atrofia; igual suerte cabe al tabique intervascular, de donde resulta, que cuando la placenta llega á su completo desarrollo, las vellosidades bañan directamente en la Sangre Materna.

En inyecciones practicadas en dos úteros grávidos se han podido notar, dos clases de vasos cuya direccion es oblicua y cuya longitud no es más que de 7 milímetros. Estos vasos eran arteriales y venosos. Los primeros delgados y de paredes más gruesas; los segundos de un calibre superior pero de paredes muy delicadas. Siguiendo su trayecto, se ha podido ver que se terminan bruscamente una vez que han penetrado en la capa de la mucosa que cubre la cara uterina de la placenta. En la terminacion brusca de estos vasos se veia la materia de la inyeccion continuarse con la que existia en el parenquima de la placenta. Todo hasta aquí parece inclinar á creer en la comunicacion directa entre la circulacion materna y la fetal. Pero los autores que niegan dicha comunicacion, afirman que los elementos que separan las dos circulaciones son: 1 º La delgada membrana que forma la pared del seno y que apenas si se deprime con el contacto de la vellosidad. 2 º El epitelium hipertrofiado que forma una membrana, que contiene una parte de la mucosa útero-placentaria (caduca serotina), membrana lisa, continua, elástica, semi-transparente, que pasa de un cotiledon á otro y penetra en sus intersticios, que envía prolongamientos que rodean cada subdivision de las vellosidades y cuya union con ellas se hace por simple yuxtaposicion, pero que es notoriamente sólida. No existe entonces, como se ha dicho, una perforacion del seno, y las vellosidades no se desarrollan libremente á la manera de las raíces de una placenta. Además de los elementos ya mencionados, las dos circulaciones se encuentran separadas por el tejido corial que forma la trama de la vellosidad imperforada, por una delgada capa de magma reticulado que acompaña á los vasos placentarios y les da una vaina en el canal velloso, y por último, la pared de los capilares contenidos en la vaina.

En efecto, esta es la disposicion de los vasos umbilicales, de tal suerte que la placenta viene á estar compuesta de dos partes: placenta materna y placenta fetal. La primera no es otra que la porcion de la caduca correspondiente á la insercion de la placenta y en la cual han penetrado arterias y venas muy numerosas y muy voluminosas que se continúan directamente con los vasos del útero. Las paredes de estos vasos no están formadas mas que por la túnica vascular interna, muy fina, y están además revestidos de una capa que les da la sustancia blanda de la caduca. Despues de haberse dividido en muchas ramas en el espesor de esta mucosa, estas arterias y estas venas, penetran en la sustancia espongiosa de la placenta, adonde las primeras comunican con las segundas por el intermediario de una red de canales muy voluminosos. Esta red capilar colosal de paredes muy

delgadas, se insinúa en todos los intervalos que separan los cotiledones y entre las ramificaciones más ténues de las vellosidades que reviste y que reune entre sí.

La parte fetal está formada de la manera siguiente: Las arterias umbilicales se esparcen en todas direcciones en la cara lisa de la placenta, cubiertas por la hoja externa del amnios; penetran perfectamente rodeadas por una vaina que les da el corion. En la placenta, forman ramificaciones arborescentes más y más finas, así como las vellosidades que las contienen y se continúan con las venas hácia las extremidades ciegas de estas vellosidades. Las venas se reunen, á su vez, en troncos más y más voluminosos y acaban por llegar al tronco de la vena umbilical. Cada uno de estos ramos, formados por el corion y los ramos umbilicales, constituye un lóbulo de la placenta, revestido exteriormente por la red vascular materna. *Así*, los vasos fetales no tienen ninguna comunicacion directa con los de la madre (de los cuales están separados por los elementos que hemos mencionado); pero las dos corrientes circulatorias pasan la una al lado de la otra, sin impedirse recíprocamente, y entran, gracias á esta disposicion, en un contacto *mediato* de los más íntimos.

En el caso de una separacion fortuita ó forzada de la placenta, la sangre no puede venir de los vasos placentarios que forman asas *cerradas* y adonde la sangre circula con lentitud; forzoso es convenir entonces, que la fuente de la hemorragia está en los senos uterinos, verdaderos lagos sanguíneos, limitados por paredes musculosas y por las vellosidades del corion, que al desprenderse, dejan descubierta una de sus paredes.

Si la descripcion anatómica no deja nada que desear en este caso, bajo el punto de vista de la prueba, la experimentacion fisiológica viene á dar el golpe de gracia á los que, como Simpson y Hamilton, creen que la sangre proviene de la placenta en los despegamientos de este órgano.

En efecto, los autores mencionados concluyeron de un hecho muchas veces cierto, una hipótesis siempre falsa. Observaron que el despegamiento placentario detenia ó suspendia algunas veces la hemorragia, y pensaron que no habiendo ya comunicacion entre los vasos uterinos y los placentarios, la fuente de la hemorragia estaba agotada.

El Dr. Mackensie ha hecho experiencias sobre perras cargadas y observó lo siguiente: 1º Habiendo abierto el útero, desprendió la placenta y vió que la sangre escurrió libremente del útero, y que esta sangre era arterial. 2º Habiendo desprendido parcialmente la placenta del cadáver de una mujer é inyectando sangre defibrinada por las arterias hipogástricas, vió que esta sangre escurria directamente de las arterias útero-placentarias. 3º Cita muchos hechos observados por otros prácticos, los cuales prueban que la sangre que escurre en el caso de placenta prévia, es arterial.

Por último, se han visto numerosos casos de operacion cesarea y de inversion uterina, en los cuales la sangre escurre directamente de la superficie uterina, ya sea que la placenta esté total ó parcialmente desprendida.

Causa de la hemorragia.—Casi todos los autores antiguos habian observado la presencia de la placenta en e segmento inferior de la matriz, pero habian atribuido este fenómeno al desprendimiento accidental de este órgano y á su caida en virtud de su peso. Otros, que la encontraron adherente, lo atribuyeron á que la sangre coagulada pega tan fuertemente la placenta al orificio, que se podria tomar por una excrecencia de la parte (dice Deventer). Levret fué de los primeros que expusieron que la placenta puede estar inserta en el segmento inferior; pero antes que él, Giffard escribió en 1730 un caso bien comprobado de Placenta prévia. Más tarde, Rigby comprendió mejor la importancia de este fenómeno y creyó que en tanto que el trabajo durara, la hemorragia seguiria y aun deberia aumentar; concluyó razonablemente, que en estos casos es necesario vaciar el útero; á diferencia de las hemorragias que llamaba accidentales y que dependian de un despegamiento fortuito de la placenta insertada en el fondo, estableció el género de hemorragias que llamó *inevitables* y que dependian de "placenta prévia."

Durante dos siglos, los parteros siguieron la práctica de Rigby (parto forzado) sin considerarse ni aun con el derecho de discutirla, y Denman é Ingleby permanecen adictos á la costumbre á pesar de comprender sus peligros.

"La hemorragia, dice Churchill, es la conse-

cuencia obligada de la dilatacion, porque al verificarse se desgarran las inserciones de la placenta al útero; mientras el trabajo avance, el desprendimiento será mayor y la hemorragia más abundante. De este hecho resulta que el peligro es mucho más grande que en las hemorragias accidentales, y que aquello que para ellas era un modo natural de diminucion, es aquí una agravacion del mal, y por lo mismo, no puede ser empleado como remedio."

"Ninguna teoría, exclama Barnes, puede ser más desesperante! ¡La contraccion es lo que necesitamos, pero trae consigo el peligro! ¡La dilatacion del cuello es una condicion obligada del trabajo, pero el orificio no puede dilatarse sin aumentar la hemorragia! ¡La naturaleza es, pues, culpable!..." Aquí, como siempre, las apariencias engañan; cierto es que la sangre se precipita al exterior en el momento de la sistole uterina, pero este fenómeno es pura y simplemente diastólico; en efecto, la placenta despegada deja abiertos los senos uterinos que en los momentos de la relajacion, permiten la salida de la sangre materna; si la sistole llega, la sangre ya derramada es lanzada hácia afuera y las paredes musculares de los senos, aproximándose, impiden así la irrupcion de este líquido hácia la cavidad de la matriz.

Se ve, pues, que la contraccion, lejos de ser un peligro que haga inevitable la muerte de la mujer y seguramente la del niño, es un recurso supremo de la naturaleza, si no para remediar el mal, por lo menos para prolongar la existencia de dos séres.

¿Por qué mecanismo el huevo se fija cerca del orificio interno?

La respuesta es difícil de dar: Brüner admite que el huevo puede fijarse en cualquier punto de la cavidad uterina. Schirigius va más lejos, y admite la influencia de la posicion de la mujer durante el acto fecundante. Stein admite la pesantez del óvulo! Osciander pretende que la constriccion incompleta del útero es la causa del fenómeno y Schöder lo hace depender de un estado liso de la mucosa y de la extension exagerada de la cavidad uterina, favorecido lo primero por leucorreas anteriores y lo segundo por la multiparidad.

La verdad del caso es que ninguna explicacion es satisfactoria; pero por lo demás, no hay gran interes en saberlo, puesto que no nos es dado diagnosticar la placenta prévia sino cuando las primeras hemorragias se han verificado, y aun en ese caso, no estamos en aptitud de tener una certidumbre completa, sino cuando se siente la placenta con el dedo.

La placenta inserta en el segmento inferior de la matriz, no da ningun indicio de su presencia sino hasta los 3 últimos meses del preñado. ¡Solo hasta entonces se escucha el primer grito de alarma!, la hemorragia se declara. Este accidente se produce á menudo, mientras que la mujer duerme; algunas veces en la calle, otras, despues de un violento ejercicio y la pérdida sanguínea se verifica fuera de toda contraccion uterina. Jacquemier y Cazaux pretendieron explicarlo diciendo: que la placenta inserta en el fondo, se desarrolla proporcionalmente á la Zona polar superior; pero cuando se desarrolla en el segmento inferior, las condiciones varian.

Se sabe que la placenta aparece en el tercer mes del embarazo, y que á partir de esta época, se desarrolla rápidamente, de tal manera que al comenzar el 7º mes, ya ha llegado á sus proporciones normales. Entonces es cuando principia el desarrollo del segmento inferior, (hecho negado por algunos autores, aunque sin razon) el órgano implantado en esta parte, atiranta más y más sus cotiledones, hasta que al fin se desgarra en el punto más débil.

Barnes da una explicacion netamente contraria, pero tambien netamente falsa. Para él, el primer despegamiento placentario viene de un exceso de desarrollo de la placenta sobre el del cuello que no está destinado á la insercion placentaria y que no está hecho para vivir en paz con la placenta. Las relaciones se rompen ý la hemorragia se produce.

Pero yo pregunto, tanto á Cazaux y Jacquemier, como á Barnes: si fuera cierta alguna de estas teorías, ¿no tendria que ser la hemorragia lenta, continua y progresiva, como lento, contínuo y progresivo es el desarrollo del segmento inferior ó de la placenta?

Barnes, para ser consecuente con su teoría, deberia admitir que las hemorragias debieran ser más frecuentes durante los 6 primeros meses; ahora bien, es precisamente lo contrario lo que sucede.

Por otra parte, es bien sabido que los órganos que se desarrollan en un lugar inapropia-

do, se atrofian, pero no se rompen. Esta es la razon por la cual Charpentier ha encontrado un peso y una magnitud menores, para las placentas desarrolladas fuera de su lugar. "Mientras la placenta, dice este autor, se aproxima más al orificio interno, las vellosidades son más y más pequeñas y diseminadas, y la parte que corresponde al cuello es la parte más delgada de la placenta.

Duncan, cree que la hemorragia es debida al desprendimiento parcial de la placenta, bajo la influencia de las contracciones uterinas que producen una dilatacion del orificio interno. Playfer juzga esta última hipótesis tan fútil como las precedentes, pues las contracciones uterinas se producen normalmente en el embarazo sin que esto sea una amenaza de aborto; pero á mi modo de ver, la teoría de Duncan es la que está más de acuerdo con los hechos. Hé aquí la razon: Es innegable que no comenzando á manifestarse las hemorragias sino del 7 º mes en adelante, la causa del despegamiento placentario debe estar entre los diversos factores que comienzan á hacer sentir su accion á partir del 7 º mes.

Entre estos factores, solamente debemos dirigir nuestras investigaciones á aquellos que tienen un carácter dinámico, pues es necesaria la intervencion de una fuerza (aun cuando ésta no sea considerable), para verificar el despegamiento de la placenta. Ahora bien; sabemos que en virtud del proceso evolutivo del útero, en tanto que las fibras musculares no hayan alcanzado un desarrollo suficiente, no son susceptibles de contraerse ó por lo menos su contraccion es sumamente débil y tardía; consiguientemente, aun cuando la placenta esté inserta en el segmento inferior y no obstante la irritacion congestiva que produce su presencia, no traerá consigo contracciones uterinas, porque las fibras que constituyen el segmento inferior, no están aún aptas para contraerse; por otra parte, es bien sabido que la acomodacion del producto no es producida por otra causa que por las contracciones indoloras del útero; pues bien, á partir del 7 º mes, es cuando la acomodacion comienza á verificarse; de ahí la necesidad de que las contracciones uterinas sean suficientemente intensas para que sean fructuosas; entonces, el descendimiento de la parte que se presenta, producirá una distension del segmento inferior, y de consiguiente, un despegamiento bastante pequeño para que la coagulacion venga á detener la hemorragia.

Además, estando colocada la masa placentaria en el sitio preciso que ocupa normalmente el excitante de la dilatacion, nada tiene de extraño que obre como él, es decir, que la placenta venga á ser el excitante que produce el reflejo de la dilatacion; ésta se produce ó tiende á producirse, y con ella, despegamientos más ó menos extensos.

No es esta, como se ve, la manera como Duncan explica las hemorragias en los 3 últimos meses; pero como en último resultado, las contracciones de la matriz son el agente necesario de la acomodacion, creo deberlas poner en primer término, en la etiología de las hemorragias en esta época del preñado.

De cualquier modo que sea, habrá que convenir en que la etiología de la hemorragia en los tres meses últimos del embarazo, es múltiple, es decir, que diversas causas pueden producir un mismo efecto, y así, creemos que ni la teoría de Cazeaux y Jacquemier, ni la teoría que hemos propuesto, pueden ser miradas como absolutas.

Respecto á la enorme pérdida sanguínea que se verifica en el momento del trabajo, estoy enteramente de acuerdo con la teoría de Barnes, quien la expone así: "La superficie interna del útero puede ser dividida en tres zonas ó regiones, por dos círculos pararelos al ecuador. El círculo superior, puede ser llamado el círculo polar superior, arriba, está al fondo; en esta zona es adonde se inserta la placenta normalmente, allí es donde la insercion no da nunca lugar á accidentes. El círculo inferior, es el círculo polar inferior; separa la zona cervical de la zona meridiana. La region de enmedio comprende los lados del útero; si la placenta se fija allí, no se despega prematuramente, pero puede causar la oblicuidad uterina y las posiciones transversas del feto, puede prolongar el trabajo, puede ser retenida, y por último, producir hemorragias *post partum.*

Abajo del círculo inferior se encuentra la zona cervical sobre la cual la insercion placentaria es peligrosa. Toda parte de placenta que se inserte allí, puede desprenderse prematuramente, porque el orificio *debe* ensancharse para dar

paso al niño; este ensanchamiento que trae consigo una retraccion ó diminucion de la zona cervical, no permite á la placenta quedar fija allí. *En cualquiera otra parte de la matriz,* hay equilibrio entre los límites contráctiles del tejido muscular y las adherencias de la placenta, equilibrio que no existe en la zona cervical, en la cual la diminucion de superficie es muy rápida. El círculo polar inferior es entonces el límite fisiológico entre la insercion viciosa y la insercion lateral de la placenta, es el límite abajo del cual, la placenta se despega espontáneamente y la hemorragia se produce; *arriba* del cual, no hay despegamiento ni hay hemorragia. Cuando la dilatacion está bastante avanzada para que la cabeza del feto pueda pasar y que toda la porcion de la placenta que estaba fija en la region cervical se ha desprendido y cuando las contracciones han detenido la hemorragia, el trabajo llega á un periodo en que ya no hay complicacion que dependa de la insercion viciosa de la placenta: la porcion lateral de este órgano queda adherente al útero y sirve para la respiracion del producto; el trabajo se asemeja en todo punto á un trabajo natural.

(Continuará).

SECCION DE PREGUNTAS.

Señores redactores de *La Revista Médica de México.*—¿Cuáles son los medicamentos contraindicados durante las épocas menstruales, ya sea que exista un estado nervioso, febril ó inflamatorio?.—*F. B.*

Sr. F. B.—Hemos dirigido su pregunta al Sr. Profesor de Terapéutica de la Escuela Nacional de Medicina, quien tuvo la bondad de indicarnos que los únicos medicamentos contraindicados en el estado á que vd. se refiere, son los que obran congestionando ó produciendo la anemia de la matriz; así, pues, deben proscribirse durante las épocas catameniales, los drásticos, el aloes en particular y el cuernecillo de centeno con todas las sustancias que tienen una accion análoga.

REVISTA EXTRANJERA.

PATOLOGÍA EXTERNA.

SOBRE LOS CRITERIOS MÁS RECIENTES ACERCA DEL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO DE LA BLENORRAGIA, *por el Dr. Tamassoli.*—El autor no ha publicado, hasta hoy, mas que la primera parte de sus estudios: la que se refiere al diagnóstico de la blenorragia en el hombre.

En este trabajo establece primero la importancia capital del esfínter externo que, constituido por las fibras estriadas de los músculos de Guthrie y de Wilson, divide la uretra en dos partes: la anterior y la posterior; hace considerar la gran superioridad de este esfínter uretral sobre el esfínter vesical. Como apoyo á su opinion presenta los hechos siguientes:

1º Cuando se verifica una hemorragia entre los dos esfínteres, por ejemplo en la próstata, no se ve salir ni una sola gota de sangre por el meato, y la orina sale teñida como si la hemorragia hubiese sido vesical.

2º Cuando se verifica una desgarradura de la uretra, afuera del esfínter, no penetra una sola gota de sangre en el fondo de saco bulbar, y el derrame se verifica en totalidad por el orificio externo de la uretra.

3º Cuando con el aparato de Jinger para el tratamiento de la uretritis aguda se impulsa el líquido en la uretra anterior con una presion de 5 kilógramos de peso y 1 metro de altura, no se llega á forzar el esfínter externo y el líquido vuelve violentamente por el orificio externo.

4º Cuando con un catéter fino y blando se atraviesa el punto adonde termina la region bulbar de la uretra cavernosa y se deposita entre los dos esfínteres una cierta dósis de líquido, jamás se ve este líquido salir por el meato y siempre se encuentra en la vejiga, cualquiera que sea la cantidad de líquido inyectado y la fuerza que se emplee en introducirlo.

5º Cuando se sondea con una sonda blanda, á personas que tengan la vejiga llena de orina, el líquido sale de la sonda, introduciendo ésta muchos menos centímetros que cuando la cantidad de orina no es considerable.

6º Cuando se lleva á la region membranosa algunas gotas de una solucion muy diluida de ferrocianato de potasio y una hora despues se hace orinar á la persona en tres vasos diferentes para asegurarse de que en el tercer vaso,

sobre todo, la orina está tal como se encontraba en la vejiga, se ve que agregando un poco de sesquicloruro de fierro, se forma una coloracion de azul de Prusia, lo cual prueba que el ferrocianato penetró en la vejiga.

Estos hechos prueban que en tanto que el esfínter externo resiste una gran fuerza, sea que venga de fuera, sea que venga del interior, el esfínter vesical puede ser vencido por fuerzas muy débiles.

Segun la vía indicada por los Guyon, Jamin, Ullzmann, Jinger, Neumann y Gasfer, el autor inquiere especialmente los signos de la blenorragia en el exámen de la orina. La naturaleza de nuestro trabajo no nos permite seguir al autor en esta larga exposicion. Permítasenos, sin embargo, exponer los tres cuadros esquemáticos siguientes que condensan y nos permiten comprender con un solo golpe de vista todos los trabajos del autor:

I. Cuando se examina por el calor la orina y ésta no es clara, la turbacion depende:

Si se disuelve.	*Si se hace más densa.*	*Si no se altera.*
De uratos.	De carbonaturia. De albuminuria. De fosfaturia. De piouria.	De secrecion mucosa. De espermaturia. De bacterias.

II. Cuando la orina está espontáneamente turbia:

Primer vaso, turbia.— Segundo vaso, clara.	*Primero y segundo vaso turbios.*	*Primer vaso claro y segundo turbio.*
A. Uretritis anterior. *B.* Uretritis posterior. *Síntomas accesorios.* *a.* Escurrimiento por el meato, sea espontáneo, sea á la presion. *b.* Camisa sucia.	*a.* El primer vaso más turbio que el segundo: uretritis posterior. La anterior tambien puede existir, pero entonces se reconocerá en el meato. *b.* Primero y segundo vasos igualmente turbios. *A.* Cistitis. *B.* Uretritis posterior grave; *síntomas accesorios:* abundancia de bebidas y miccion una hora despues. *C.* Segundo vaso más turbio que el primero. Cistitis grave.	Este hecho no es posible, á menos que existiera una prostatitis crónica no acompañada de una uretritis prostática y que depositara su secrecion en la uretra solamente en los últimos esfuerzos de la miccion.

III. Cuando la orina contiene filamentos:

Primer vaso con filamentos; el segundo sin ellos.	*Primero y segundo vaso con filamentos.*	*Segundo vaso con filamentos y primero sin ellos.*
A. Uretritis anterior muy ligera. *B.* Uretritis posterior ó crónica ó sub-aguda. *Síntomas accesorios;* en la anterior se tendrá: *a.* Gota en la mañana. *b.* Mucosidad amarilla en el meato, despues de la presion bien hecha. *c.* Camisa ligeramente manchada de amarillo.	Puede haber uretritis de cualquiera region y los síntomas accesorios nos lo indicarán, pero fatalmente hay prostatitis. Pequeños copos pueden llegar con dificultad ó tarde en la uretra, que provienen de las extremidades glandulares de la próstata. Los copos más pequeños se encuentran en el segundo vaso.	No es posible. Se podria encontrar este hecho solamente por una prostatitis muy ligera sin huella de uretritis; pero esto es simplemente teórico.

(*Rivista clinica e terapeutica, giugno 1888*).

TERAPÉUTICA.

EL ÁCIDO LÁCTICO EN EL TRATAMIENTO DE LAS ULCERACIONES TUBERCULOSAS DE LA PIEL Y DE LAS MUCOSAS.—El Sr. Dr. Heryng (de Varsovia) acaba de publicar un interesante trabajo sobre la curabilidad de la tísis laringea por el tratamiento quirúrgico. [1] Se sabe que este autor, despues de Krause, ha obtenido los mejores resultados con el empleo del ácido láctico en la tuberculosis de la laringe. En uno de los últimos números (8 de Julio, 1888) del *Lyon médical*, el Sr. Rafin refiere cuatro observaciones de ulceracion tuberculosa de la lengua y de lupus ulcerosos de la nariz, que fueron curados por el uso del ácido láctico. Bajo la influencia de la aplicacion de las soluciones lácticas, no hay escarificacion de los tejidos, el fondo de la úlcera se limpia poco á poco, pierde su carácter específico, toma el aspecto de una herida franca y de buena naturaleza, y, finalmente, se cicatriza.

Sin conocer aún el modo de accion del ácido láctico sobre la úlcera tuberculosa, sin saber si obra como parasiticida ó como simple tópico modificador, se debe apuntar, como un hecho adquirido, que procura las curaciones. Si se reflexiona que los tópicos ensayados hasta hoy, eran tan poco eficaces que obligaban á la ablacion del foco del mal, por el bisturí ó el termocauterio, se acogerá favorablemente esta medicacion nueva, que con menos inconvenientes, cura lesiones tan á menudo rebeldes á la terapéutica.

La solucion que el Sr. Rafin recomienda, es al 80 por 100, es decir:

Ácido láctico........... 80 gram.
Agua.................. 100 „

Con un pincel, mojado en esta solucion, se dan toques todos los dias.—(*Gazette des hopit*).

EL USO INTERNO DEL ÁCIDO FÉNICO EN LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL.—El Sr. Dr. Augagneter acaba de dar á conocer los resultados de un tratamiento que emplea desde hace algun tiempo, para obtener la curacion de ciertas enfermedades cutáneas: se trata del uso interno del ácido fénico. Este agente terapéutico no parece obrar en este caso como antiséptico y antiparasitario: su accion es enteramente desconocida y por lo tanto inexplicable. En efecto, se sabe que la aplicacion externa de ácido fénico, frecuentemente da orígen á la aparicion de escema que, al principio, es local y despues se generaliza á tal punto, que algunos cirujanos, y de los mejores, han tenido que renunciar completamente al empleo de este maravilloso agente. ¿Por qué mecanismo la absorcion del ácido fénico por la vía digestiva produce un resultado completamente opuesto? El Sr. Augagneter no da sobre este punto una explicacion satisfactoria, limitándose á presentar los hechos, de los que saca estas conclusiones:

La medicacion fenicada es muy bien tolerada, con tal que las cantidades empleadas no pasen de 1 gramo en el adulto y de 50 centígramos en los niños. A esta dósis, el ácido fénico puede ser absorbido durante semanas y aun meses enteros, sin producir el menor accidente, sin dar jamás la coloracion negra de las orinas, tan característica, de la intoxicacion fénica.

Hé aquí la fórmula que recomienda el Sr Augagneter:

Ácido fénico............ 40 centíg.
Glicerina................ c. b.
Jarabe de corteza de naranja amarga.......... 40 grams.

La dósis média, en los niños, es de 30 á 60 centígramos; en el adulto, de 50 centígramos á un gramo.

El resultado es constante en el prúrigo de los niños y en los prúrigos en general; el escema se mejora en las formas secas y liquenoides, mas raras veces en las formas agudas y muy húmedas. La psoriasis no es influenciada por la medicacion fénica.

Cuando se recuerda la gran dificultad que el médico experimenta para hacer desaparecer estas afecciones cutáneas, se debe emprender toda medicacion nueva, sobre todo si, como la recomendada por el Sr. Augagneter, es, á la vez, eficaz é inofensiva. El cirujano lyonés invita á los prácticos á que empleen el ácido fénico al interior en las afecciones cutáneas, y se debe confesar que las observaciones que refiere son muy concluyentes. "Muchos de nuestros enfermos, dice, habian sido tratados anteriormente por otras medicaciones, y ninguna habia dado resultados tan rápidos y tan netos, y puede añadirse, tan durables."

[1] Véase el resúmen de dicho trabajo en el núm. 17 de *La Revista Médica.*

La habilidad y la competencia reconocidas del Sr. Augagneter nos imponen el deber de señalar este nuevo método, cuya aplicacion está al alcance de todos.—(*Province médicale*).

ACCION FISIOLÓGICA DE LAS INYECCIONES COMBINADAS DE COCAINA Y DE MORFINA.—El Dr. Morau presentó en la sesion del 10 de Noviembre del corriente año de la Sociedad de Medicina, presidencia del Doctor Brown Sequard, una nota sobre la anestesia general provocada por la accion combinada de la morfina y la cocaina.

Refiere que en una experiencia hecha sobre sí mismo, habiéndose inyectado 1 centígramo de clorhidrato de morfina y media hora despues 10 centígramos de clorhidrato de cocaina, observó que al cabo de diez minutos apareció un temblor convulsivo de los miembros superiores, con sudores frios, vértigos, desvanecimientos y nieblas visuales. "No podia, dice, darme cuenta de los objetos, sino por un gran esfuerzo de acomodacion; en este momento estaba yo extremadamente pálido y presa de una verdadera excitacion nerviosa caracterizada por una volubilidad excesiva de lenguaje, conservando, sin embargo, un perfecto conocimiento. Durante esta experiencia, me dí cuenta exacta de todo lo que pasaba al derredor de mí, hasta el punto de calmar á la persona que me operaba, (esta experiencia fué hecha para verificar la extraccion de dos gruesos molares muy dolorosos) y de suplicarle se sirviese observar con cuidado las diferentes fases de la experiencia; segun indicacion mia, hizo bascular el sillon, de manera que mi cabeza estuviese en posicion declive.

En este estado, se procedió á hacer la extraccion del segundo molar, lo cual fué verificado sin el menor dolor; habian transcurrido quince minutos despues de la inyeccion de cocaina.

En este momento precisamente, pude notar por mí mismo (y todas mis observaciones fueron confirmadas por el operador) la absoluta insensibilidad en una série de profundas picaduras hechas en diversos puntos del cuerpo: piernas, manos, frente, piel del cráneo, etc. El reflejo corneano estaba abolido y las pupilas extraordinariamente dilatadas. El pulso era frecuente é irregular.

Despues de tres ó cuatro minutos se procedió á extraer la raíz y á la exploracion del alveolo del primer pequeño molar superior.

Durante el tiempo en que se verificó esta exploracion, tuve ocasion, por medio de un espejo, de seguir las diversas fases de la operacion: percibia el contacto sin sentir el menor dolor

La anestesia general se mantenia y persistian las nieblas oculares, los zumbidos de oidos y la tendencia al síncope. Cuatro horas duraron estos fenómenos, al cabo de los cuales la sensibilidad fué apareciendo suscesivamente y no conservé, durante el dia, mas que una pesadez de cabeza que desapareció al dia siguiente.—(*Jour. des Societ. Scient. 21 Nov. 1888*).

DE LAS INYECCIONES SUBCUTÁNEAS DE NITRO-GLICERINA CONTRA EL COLAPSUS CARDIACO, *por Fussel*.—El autor refiere 3 casos en los cuales la muerte parecia inminente cuando intervino. En el primero se trataba de una cardiopatía mitral con hipostásis sanguínea, sometida al tratamiento por la nitro-glicerina administrada por la vía bucal. Sin embargo, la dispnea era intensa, el estado comatoso y se escuchaban estertores en toda la extension del pulmon. Dos gotas de la solucion al centésimo fueron inyectadas bajo la piel; despues de veinte minutos, se repitió la dósis. Todos los accidentes desaparecieron en el espacio de una hora.

En el segundo caso se trataba de un síncope con colapsus cardiaco en el curso de una fiebre tifoidea: la cara estaba cianosada, el pulso pequeño y rápido, cuando se intervino con el mismo éxito. En fin, en el tercer caso, la enferma estaba afectada de una insuficiencia mitral con amenaza de colapsus; se administró una pequeña dósis de dos gotas de esa misma solucion y despues se continuó inyectando una gota cada hora: los fenómenos graves fueron conjurados. El Dr. Fussel no vacila, pues, en recomendar, en estos casos, la nitro-glicerina, de preferencia á la digital y al alcohol, en razon de la rapidez de su accion.—(*Med. and Surg Report. 1888*).

DEL TRATAMIENTO DE LA CONSTIPACION HABITUAL DE LOS NIÑOS, *por M. E. Smith*.—Las causas de este accidente son, segun el autor, la ausencia de azúcar de leche, el uso de los farináceos ó de sustancias alimenticias, cuyos abundantes residuos encumbran la cavidad in-

testinal. En fin, Smith atribuye un gran papel á la cantidad insuficiente de bebidas.

De ahí las prescripciones siguientes. Administrando cuotidianamente al niño, tres ó cuatro cucharadas de jarabe simple, se puede vencer la primera de estas variedades de constipacion. Cuando la orina está concentrada, deben prescribirse algunas cucharadas de agua mineral alcalina. Despues de la edad de diez meses, se puede evitar el atascamiento fecal del intestino por la administracion cuotidiana de una pequeña cantidad de caldo, ya sea de espárragos ó de coliflores hervidas. En fin, como medios mecánicos, el observador inglés recomienda las fricciones sobre el abdomen para ejercer una especie de massage.

Como evacuantes, prescribe las lavativas de glicerina ó supositorios gomosos y, para realizar la defecacion, el uso de una infusion de sen y de colombo, ó bien algunas gotas de una mixtura compuestas de partes iguales de tintura de nuez vómica y de tintura de belladona ó sea tintura de belladona y extracto de cáscara sagrada, ó sea, por último, algunos granos de azufre en polvo.—(*The Brit. med. Journal, 1888, núm. 7*).

EL MENTOL EN LA TISIS LARINGEA Y PULMONAR.—El Dr. A. Beckay recomienda la solucion de 20 por 100 de mentol en aceite de olivo que se inyecta por medio de una jeringa laringea. Cada inyeccion es de 15 gotas y debe ser seguida de fuertes inspiraciones para hacer penetrar al pulmon los vapores de mentol. Con esta medicacion, se obtiene la diminucion de la disfagia, de los dolores laringeos, la antisepsia de los focos tuberculosos y la diminucion de las secreciones.

Como tópico, el mentol es inferior al ácido láctico.

Beckay emplea tambien las insuflaciones de un polvo compuesto de 2 gramos de mentol, 6 gramos de ácido bórico y 4 gramos de clorhidrato de amoniaco. Este polvo es bien tolerado y modifica el catarro laringeo crónico.—(*Annales de maladies de l'oreille et du larynx.* (*Sep. 1888*).

JAQUECA CRÓNICA, DE OCHO AÑOS DE DURACION, CURADA EN 34 SESIONES DE ELECTRICIDAD "ESTÁTICA."—El Dr. Labbé, despues de haberse dedicado durante cinco años al estudio de la electricidad estática, aplica este poderoso agente terapéutico en las nevralgías, afecciones dolorosas y reumatismos.

Considera que en estas enfermedades la electricidad estática produce mejores efectos que las corrientes galvánicas y farádicas.

No obstante las diversas publicaciones del Sr. Dr. Arthuis, no se conocen aún en el mundo médico las numerosas y útiles aplicaciones de la electricidad estática. La observacion siguiente muestra de una manera palpable la accion de este agente en ciertos estados nerviosos rebeldes á todos los demás recursos de la terapéutica.

El 25 de Agosto de 1887, el Sr. Dr. Hellet envió á la consulta del Dr. Labbé á la Sra. A. de edad de 48 años, que sufria de jaquecas intensas ya hacia 8 años, sin que ningun medicamento hubiese podido mejorar su mal. La menstruacion era regular y la paciente habia sido absolutamente sana hasta la edad de 37 años; desde esa época, sin causa apreciable, sin ningun cambio en sus costumbres, experimentó violentas jaquecas que aparecian primero en cada época catamenial y despues cada 15 dias. Dos años hace, dice el autor, que el mal aparece con mayor frecuencia, y durante el año de 87 se presentaban casi todos los dias, al grado de atormentarla, á veces, dia y noche. Los dolores ocupan las regiones frontal y supra-orbitaria izquierda; pero se irradian á la region temporal é invaden á menudo el lado derecho. La enferma compara sus dolores á la sensacion de *martillazos* en la cabeza. Este estado es acompañado de vómitos y desvanecimientos que obligan á la enferma á guardar cama.

Ninguno de estos antecedentes puede explicar semejante estado: sus padres murieron á una edad avanzada, sin haber padecido diatesis alguna. La enferma no padecia gota, reumatismo ni anemia; en ella no se encontraban tampoco antecedentes de alcoholismo, histeria, sífilis, impaludismo, ni afeccion visceral de ninguna especie.

Para tratar esta jaqueca, verdaderamente *idiopática*, se habian usado inútilmente los tratamientos más variados, incluso la antipirina, tan en boga en esta época.

Habiendo tenido ya muchas ocasiones de emplear la electricidad estática en la jaqueca y haber demostrado su eficacia, propuse este tratamiento á la enferma, previniéndola, sin em-

bargo, de que su duracion seria probablemente muy larga, dada la cronicidad del mal.

El tratamiento comenzó el mismo dia (25 de Agosto de 87), y hé aquí, una vez por todas, en qué ha consistido.

La enferma, colocada sobre un aislador y puesta en comunicacion con la máquina estática, hago marchar el aparato. Al cabo de algunos segundos, la paciente se encuentra rodeada de una verdadera atmósfera de aire electrizado; esto es lo que se ha convenido en llamar *baño eléctrico.*

Tomando entonces un excitador de puntas múltiples, lo aproximo 4 ó 5 centímetros á la cabeza de la enferma, paseándolo á está distancia sobre toda la extension de la region dolorosa; al cabo de 2 ó 3 minutos, tomo un excitador de punta única y lo aproximo de tiempo en tiempo á la region enferma, de manera que pueda atraer algunas chispas pequeñas; en fin, termino la sesion por lo que se llama la friccion eléctrica, que consiste en poner en contacto de la piel, un excitador de esfera, cubierto de franela. Todo duró diez minutos.

Repetí muchas veces el mismo tratamiento, notando que la electricidad estática modera las crísis, cuando ya existen, ó las detiene cuando su aparicion es inminente.

El tratamiento continuado hasta el 1º de Noviembre y consistente en 28 sesiones, produjo una curacion que se mantuvo durante cuatro meses, al cabo de los cuales la Sra. A. volvió á consultarme, presa de uno de sus accesos dolorosos. Apliqué la electrizacion, y un cuarto de hora despues, estaba desembrazada de su jaqueca.

Cinco sesiones más, produjeron la curacion definitiva que se mantiene hasta hoy.

Esta accion rápida é inmediata de la electricidad estática no es única y especial á esta enferma; muchas veces he tenido ocasion de observarla sobre diferentes personas que he desembarazado así de sus accesos de jaqueca. Yo he hecho sobre mí mismo este tratamiento y siempre he podido abolir ó disminuir la intensidad del dolor al cabo de cinco ó diez minutos de electrizacion.—(*Journ. de Med. de Paris, 11 Nov. 1888*).

BACTERIOLOGÍA.

SOBRE UNA BACTERIA PIÓGENA Y SU PAPEL EN LA INFECCION URINOSA, *por los Sres. Albarrán y Hallé*, internos de los hospitales de Paris.—El Sr. Prof. F. Guyon ha presentado en la sesion de la Academia de Medicina del 21 de Agosto último, á nombre de sus dos discípulos, un trabajo sobre este asunto, cuyo resúmen es el siguiente:

Esta bacteria es un organismo patógeno infeccioso que, habitualmente, se encuentra solo en las orinas purulentas y que basta para producir las inflamaciones supurativas del aparato excretor de la orina (vejiga, uréteres pelvicillas) y los abscesos urinosos.

En el riñon, determina las diversas lesiones de la nefritis infecciosa supurada (abscesos miliares), ora que ascienda directamente de la pelvicilla al tejido renal (nefritis ascendente), ora que arrastrada por la sangre se localice secundariamente en la sustancia cortical. Penetrando en la sangre, provoca accidentes infecciosos sobreagudos, agudos ó crónicos, á menudo mortales (fiebre urinosa).

El conocimiento de estos hechos conduce necesariamente á una doble deduccion práctica: 1º asepsia rigurosa de las operaciones practicadas en las vías urinarias, y sobre todo, del cateterismo, vía segura de entrada del micro-organismo en la vejiga; 2º, exámen bacteriológico de las orinas antes de cualquiera operacion sangrante en las vías urinarias. Este exámen dará, con frecuencia, un elemento pronóstico serio y la indicacion de un tratamiento antiséptico preparatorio.

Esta bacteria piógena de los Sres. Albarrán y Hallé, no es, sin embargo, la única capaz de producir las inflamaciones supurativas de las vías urinarias ó la infeccion general que toma su orígen en este aparato enfermo. En efecto, experimentalmente, los autores han encontrado la pionefrosis y la nefritis supurada producidas por micrococus, á consecuencia de la ligadura simple del uréter hecha sin preparacion antiséptica. En uno de estos casos, existian lesiones secundarias del otro riñon (abscesos miliares), indicio cierto de la generalizacion.

Además, el Sr. Albarrán ha tratado de establecer el papel piógeno é infeccioso que la bacteria patógena puede desempeñar fuera de las vías urinarias. Ha reconocido la presencia de esta bacteria en un flegmon post-puerperal del ligamento ancho, en una pleuresía osificante con abscesos sub-pleurales, en un caso de in-

feccion puerperal, etc.: el micro-organismo en cuestion se ha podido aislar y comprobar su identidad por cultivos é inoculaciones. En estos casos, pareció que la bacteria habia penetrado por las vías genitales. Estas diversas observaciones demuestran que el papel piógeno é infeccioso de esta bacteria es general y que puede ejercer todos sus efectos patógenos fuera de la participacion del aparato urinario.

Bajo el punto de vista biológico, la bacteria de los Sres. Albarrán y Hallé es polimorfa, móvil, fácil de colocar y de cultivar en los medios usuales á la temperatura ordinaria: en la gelatina da un cultivo blanco, abundante en su profundidad y superficie, sin que se liquide nunca este medio. El desarrollo del cultivo, su superficie y la evolucion normal de colonias aisladas en la profundidad de la gelatina, dejan la duda de si se tratará de un organismo á la vez aerobio y anaerobio.

Cuando este micro-organismo se encuentra en las orinas, son éstas siempre purulentas, pero á diversos grados. Sobre 50 orinas patológicas tomadas asépticamente en la vejiga, la presencia de esta bacteria ha podido ser demostrada 47 veces, de las cuales 15 ha sido al estado de pureza. Además, como contraprueba, se ha demostrado que en los individuos indemnes de toda afeccion de las vías urinarias, la orina de la vejiga y de las pelvicillas no contiene micro-organismos.—(*Annales des malad. des org. génito-urin. Oct. 1888*).

NOTICIAS VARIAS.

POR un error estampamos la firma del Dr. Berrueco en el párrafo publicado en el número anterior, como contestacion á una pregunta dirigida de Puebla respecto de una forma de tifo, denominado "larvado."

El párrafo pertenece á la Redaccion y fué el producto de una conversacion con el Dr. Berrueco, quien se reserva para presentar un trabajo más extenso en donde pueda aclarar las ideas que en dicho párrafo quedaron expresadas.

TIP. DE DUBLAN Y COMP.

VOL. I. México, Diciembre 1º de 1888. NUM. 19

REVISTA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO BIMENSUAL DIRIGIDO POR EL DR. JOSE RAMOS.

DIRECCION Y REDACCION:

REFUGIO NUM. 15, ENTRESUELO,

DESPACHO DE LOS SRES.

E. DUBLAN Y COMP.

Administrador y propietario: Dr. Manuel Barreiro.

Apartado en el Correo núm. 619.

PRECIOS DE SUSCRICION:

EN LA CAPITAL

Por un mes......................$ 0 50

Por seis meses...................... 2 50

EN LOS ESTADOS

Por un mes......................$ 0 62

Por seis meses...................... 3 00

PRENSA EXTRANJERA QUE RECIBIMOS PARA LA FORMACION DE LA REVISTA:

"Gaceta Médica de Paris."—"Gaceta de los hospitales civiles y militares de Paris."—"Periódico de las Sociedades Científicas."—"Revista Científica."—"La Naturaleza."—"Gaceta Hebdomadaria."—"Revista de Medicina," de Bouchard, Charcot y Chauvau.—"Anales de las enfermedades de los órganos genito-urinarios."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Lúcas Championière.—"Periódico de Medicina de Paris," de Lutaud.—"Boletin de la Academia de Medicina."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Bruselas.—"El Electricista."—"El Tiempo Médico," de Filadelfia.—"El Registro Médico."—"El Mundo Médico."—"Anales de Ginecología," de Boston.—"La Lanceta," de Lóndres.

SECCION EDITORIAL.

LA ANTEFLEXION
EN LA
GINECOLOGIA MODERNA Y SU TRATAMIENTO.

(Concluye).

III

TRATAMIENTO.

La variedad de opiniones que hay sobre esta afeccion, se hace sentir de una manera poderosa sobre su tratamiento y el sinnúmero de medios ideados, de instrumentos inventados *ad hoc*, nos confirman más y más aquella proposicion que "una enfermedad es tanto más difícil de curar, cuanto más numerosos son los medios aconsejados."

Sobre la Anteflexion congénita, es donde más se han lucido los inventos; yo procuraré dar á conocer los más prácticos y más útiles.

1º La sonda uterina ha logrado, alguna vez, destruir el tapon que la secrecion forma al nivel del ángulo; con esto se logra hacer más fácil el paso de la sangre, y aun en muchos casos, suprimiendo la dismenorrea, suprimir á la vez la esterilidad. Es de aconsejarse este sencillo tratamiento é intentarlo durante dos ó tres meses y antes de cada menstruacion, antes de proceder á una operacion.

2º Los pesarios intra-uterinos, solo son usados cuando no existe rastro de inflamacion en los anexos ó en el útero mismo. De la gran variedad de ellos, dos son los más prácticos: el de Schröeder y el de plato pequeño. (V. Crobak Bilbroth's Handbuch der Frauenkrankheiten). Estos deben ser introducidos con todas las cautelas antisépticas y despues de haber desinfectado la vagina. La paciente debe permanecer en la cama durante dos ó tres dias, bien observada, y el pesario debe retirarse tan luego como sobrevenga la más ligera fiebre. El objeto de estos pesarios, es borrar la desviacion, impedir la acumulacion de la secrecion y lo que segun mi opinion es problemático, fortalecer la musculatura uterina al nivel de la flexion.

FIGURA 4ª

Pesarios intra-uterinos.

3º La dilatacion por medio del tupelo, esponjas preparadas ó digital, está ya desechado; pues para obtener el efecto deseado, se necesitan lo menos 36 horas, mientras que con los instrumentos usados por Schulze ó Fritsch ó bien con la série de bujías de Hegar, se obtiene éste en menos tiempo. Estas bujías cónicas, son de goma dura de 12 á 14 centímetros de largo, la más delgada de 2 milímetros de diámetro, aumentando 1 milímetro en las siguientes. Hegar solo usa este sistema de dilatacion para el orificio externo, pues para el interno prefiere la:

4º Discision ó dilatacion sangrienta: método usado hace largo tiempo en la Tocología é introducido en la Ginecología por Simpson, de Edimburgo. El mejor instrumento para ejecutarla, son las tijeras de Sims. Hecha la discision, se busca en el tratamiento consecutivo, que los labios de la herida cicatricen aisladamente, para lo cual hay muchos medios. (Véase Hegar und Kaltenbach Operative Gynekologie).

Los brillantes resultados que se han logrado con esta operacion, respecto á la dismenorrea, han sido nulos en lo que se refiere á la esterilidad. Cuando esta operacion se hace con toda clase de precauciones antisépticas y cuando los anexos no están interesados, es una operacion poco peligrosa.[1]

Los ginecólogos modernos prefieren á esta discision, la amputacion del cuello del útero, sobre la cual me extenderé al ocuparme del tratamiento de la:

ANTEFLEXION ADQUIRIDA.

El tratamiento debe dirigirse á combatir la causa que origina la Anteflexion y no la Anteflexion misma.

El catarro del cuello debe tratarse por medio de la discision é inyecciones de agua fenicada (Schulze), ó solamente por las inyecciones con el cateter de Bozemann Fritsch, ó bien haciendo la raspa de la mucosa uterina é inyecciones de Liq. ferri sesquichlorati, con la jeringa de Braun (A. Martin). Yo prefiero este último tratamiento por los brillantes resultados que he visto en la Clínica de mi profesor el Doctor Martin, tratamiento que permite obtener en una sola sesion más ventajas que cualquiera otro, que requiere siempre mucho tiempo.

Los reproches que se le han hecho, son enteramente infundados; pues yo nunca he visto un mal resultado en centenares de operadas.

Cuando la causa de la Anteflexion es la Parametritis (Schulze) ó la Perimetritis posterior (Schröeder, Fritsch y otros), el tratamiento debe ser principalmente dedicado á curar estos estados inflamatorios y nunca debe intentarse una operacion, mientras este proceso inflamatorio subsista; mientras más crónica sea esta inflamacion, tanto más difícil es el tratamiento, que acaba con la paciencia del enfermo y del médico. (Para más detalles sobre el tratamiento de la Para y Perimetritis, véase el interesante trabajo de Bandl en el Libro de enfermedades de las mujeres, que dirige y redacta el Profesor Billroth).

FIGURA 5ª



Ellongatio colli supraraginalis de A. Martin. Cuello tapiróide de Fritsch.

En aquellos casos en los cuales el cuello se presenta duro, cónico, alargado, llenando una gran parte de la vagina (fig. 5) y cuando despues de un largo y concienzudo tratamiento médico, las molestias de la Anteflexion no han sido suprimidas, una operacion está muy justificada y la que en estos casos llena mejor la indicacion, es, segun mi opinion, la Amputacion del cuello. Hegar es de la misma opinion. (of. H. y Kaltenbach Operative Gynekologie).

Antes de hablar sobre las ventajas de esta operacion, así como de la manera de ejecutarla, debo decir algunas palabras sobre las dificultades que esta variedad de Anteflexion ofrece al médico poco práctico para su diagnóstico. El marcado contraste de un cuello sumamente

---

1 Hegar y Kaltenbach tuvieron 3 muertes en 300 operadas, 1 por 100. Weigel presenta solo 9 muertes en 900 operadas por Tnnaer, Sims, Emmet, Ballard, etc. E. Martin una muerte en 386 operadas, pero en cambio muchas complicaciones inflamatorias y hemorragias.

1 Hace algunos años que el Dr. D. Pablo Martinez del Rio, fué dura y acerbamente criticado por el abuso (segun se decia) que hacia él de la raspa uterina. Aunque no me ligó ningun lazo de amistad con dicho señor, creo un deber mio tributar un homenaje á su memoria, al afirmar que él obraba

alargado y de un cuerpo pequeño y grueso, hace (y esto lo sé por experiencia propia) (véase la figura 5.ª) que nosotros no encontremos el cuerpo del útero y diagnostiquemos una Retroversion ó Retroflexion, y la razon es esta: la mayor parte de estas pacientes, son jóvenes pudorosas; ellas contraen fuertemente las paredes del vientre de tal modo, que nuestra mano izquierda apoyada sobre dichas (véase figura 3.ª) no llega á encontrar el cuerpo mientras que nuestro dedo explorador tropieza siempre con el cuello alargado. En estos casos, no debemos fijar nuestro diagnóstico de una manera precipitada, porque asentaremos un diagnóstico falso, sino que buscaremos con la sonda, al fijar la posicion que realmente guarda el cuerpo del útero (con lo cual damos tiempo á que la enferma vaya adquiriendo más confianza), que los músculos abdominales se cansen, se relajen y la exploracion bimanual termine el reconocimiento, siéndonos de alguna utilidad para conocer el *status rei*. La práctica hace que estos casos se reconozcan fácilmente.

En mi trabajo original, no decia ni una palabra sobre la mejor manera de ejecutar la Amputacion del cuello, por ser ésta una manera uniforme en casi todas las Escuelas Alemanas; y si hoy añado algunas nuevas consideraciones sobre este particular, depende de que en México se opera al estilo francés, por medio de los constrictores, la asa galvánica ó el termocauterio de Paquelin.[1]

En Alemania se prefiere el bisturí y la sutura, y yo juzgo que es lo más práctico y que da mejores resultados.

Los constrictores están enteramente desechados por las malas consecuencias de ellos, pues es comun herir los anexos con las cadenas.

Las ventajas que el bisturí y la sutura presentan sobre los otros dos métodos, son las siguientes:

1.ª Poder tomar la porcion de cuello que convenga.

2.ª El *modus operandi*, es más sencillo, menos costoso y más apto para usar los procedimientos antisépticos.

3.ª La herida es más neta y por consiguiente es más fácil obtener la cicatrizacion por primera intencion; suprime los peligros de las enfermedades de las heridas y la supuracion.

4.ª La operacion dura menos tiempo (pues con buena asistencia y por una mano poco ejercitada durará 20 minutos), los peligros del cloroformo son por consiguiente menores.

El único reproche que, con ciertos visos de razon, puede hacerse á este método operatorio, es la pérdida de sangre durante la operacion; pero esta pérdida de sangre, en vez de ser nociva, puede ser muy útil en ciertos casos y, por otra

---

siguiendo los preceptos más modernos de la Ginecología, como tuve ocasion de convencerme cuando la ví ejecutar y aconsejar por ginecólogos, tales como Schröeder, Beigel, Ruge, Veit y Martin, en Berlin, Olshausen en Halle, Hegar y Kaltenbach en Freiberg, Schulze en Yena y Fritsch en Breslau. La idea de que la mucosa uterina no se regenera, ha sido victoriosamente combatida por mi amigo y compañero en la Clínica, el Dr. J. Düvelius, que en el brillante trabajo que leyó en la Sociedad Tocológica y de Ginecología de Berlin (V. Zeitschrift für Geburtshilfe ú Gynecologie Band 10. s. 173) ha demostrado que la mucosa se regenera completamente, que sobre los restos de la mucosa antigua se reproduce rápidamente la nueva.

Despues de la raspa, la 1ª menstruacion se detiene, la 2ª rara vez, pero la 3ª casi nunca falta, de modo que la raspa ó Abrasio mucosæ, no altera en manera alguna el fenómeno de la menstruacion. Düvelius añade: la concepcion se efectúa despues de la raspa y el curso del embarazo es normal. (Véase Schröeder Handbuch der Frauenkrankheiten. Auflage, VI, pág. 125).

Ciertas especies de Endometritis, ciertos estados especiales de la mucosa, cuando ésta está enteramente degenerada, no puede curarse (sino difícil y tardíamente) por medio de inyecciones uterinas, tratamiento mucho más largo, más costoso y cien veces más peligroso que la Abrasion de la mucosa.

Por otra parte, hay cierto número de enfermedades del cuerpo del útero que no pueden ser diagnosticadas por la sintomatología que es la misma para todas ellas. Estas enfermedades son de tal naturaleza, que ningun ginecólogo puede conocerlas macroscópicamente y su diagnóstico tiene que ser dado por el microscopio y nosotros nos procuramos el material por medio de la *Abrasio mucosæ*.

Esta es la única manera como podemos llegar á diferenciar entre sí, las Endometritis hemorrágicas, de los Adenomas y cáncer del cuerpo del útero; y por esto, el Profesor Schröeder, de Berlin, insiste con tanto empeño en sus lecciones, aconsejando á sus discípulos el uso de la raspa como único medio para poder llegar á un diagnóstico seguro. La raspa es un procedimiento operatorio, que bien usado, tiene que dar siempre brillantes resultados. De la infinidad de instrumentos usados, yo prefiero la *curette* de A. Martin, que considero la más práctica.

---

1 Ultimamente he sabido que el Dr. Andrade era el único que en México hacia la operacion por medio del bisturí, habiendo obtenido siempre buenos resultados.

parte, nosotros poseemos medios que nos permiten evitar la pérdida de sangre.

Cuando se comparan estas ventajas, con las mil desventajas que los otros métodos ofrecen, no se puede vacilar en la eleccion.

La asa galvánica es un instrumento costóso, dificilísimo para colocarlo bien, su uso requiere mucha práctica, se necesita saber que al principio debe apretarse aprisa, y luego y á tiempo ir apretando lentamente; para que se verifique la hemostásis, se requiere: observar muy bien el grado de calor, pues cuando el alambre de platina se enrojece mucho, se rompe con mucha facilidad y se ve uno obligado á terminar la operacion con el bisturí ó las tijeras, como refiere Gallard haberle acontecido, rompiéndosele dos veces el asa porque el cuello presentaba una induracion notable (Véase Gallard, Trait. du cancer du col uterin par l'anse galvanique arch d. Ginecol. an. 1884).

Cuando la operacion ha sido bien hecha, la sutura perfectamente aplicada, la hemorragia contenida, la operada puede trasladarse á su casa sin peligro alguno; la cicatrizacion se efectúa sin ningun trastorno, si la paciente obedece las prescripciones del médico, siendo la principal, la quietud y el reposo, guardando cama durante 8 ó 9 dias y haciendo inyecciones con Acetum pyrolignosum rectificatum. Yo nunca he visto sobrevenir accidentes graves despues de centenares de operaciones que he visto hacer al Profesor Martin, con su acostumbrada habilidad, ni en más de 25 veces que dicho señor me ha permitido operar en su Clínica. Si por acaso sobreviniese una hemorragia consecutiva, lo que es raro, si la enferma es ambulante, debe hacerse el taponamiento inmediato; si está en la clínica, narcotizarla, y descubriendo el punto que sangra, contener la hemorragia por medio de la sutura.[1]

El termocauterio presenta, además de los inconvenientes de la escara, el del humo mismo que llena el espejo y no permite ver el campo de la operacion y además es de un olor y aspecto desagradables.

Cuando la amputacion por medio del bisturí llegue á ser del dominio médico general, saliendo de las manos de los especialistas, no solamente se verá libre la enferma de sus padecimientos, sino tambien el médico de esas constantes visitas que acuden á la consulta.

Los gastos de la operacion, los pagarán con gusto porque ellos son menores que los que trae consigo cualquiera otro tratamiento médico, que dura muchos meses y que muchas veces es infructuoso.

Yo debo insistir enérgicamente repitiendo mi proposicion ya anunciada: *no se debe operar sino cuando los anexos están libres y completamente sanos;* pues en caso contrario, nos expondriamos á complicaciones peligrosas de parte del *Para* y *Perimetrio* y de los *Ovarios.*

Seria muy imprudente asegurar á la enferma, que con esta operacion, no solo curariamos la dismenorrea, sino tambien la esterilidad, no, ésta no depende únicamente de la afeccion uterina, sino de un gran número de causas que el ginecólogo está obligado á investigar, y cuando, despues de una larga y continuada observacion, despues de muchos esfuerzos, la esterilidad persiste, el especialista debe pensar que la causa no reside en la mujer; y en este caso, está él autorizado á hacer sus pesquisas del lado del marido; pero no por esto deja de ser esta operacion digna del reconocimiento de la mujer, pues por ella se domina el catarro, se amplía el lumen del canal; la sangre menstrual sale con más facilidad y la dismenorrea desaparece.

Seria imposible negar que hay casos en los cuales la operacion es infructuosa, que las pacientes no sienten ningun alivio, que los dolores de la menstruacion son los mismos. En estos casos hay que pensar que el mal reside en la esfera nerviosa.

Efectivamente, hay mujeres, que junto con los dolores dismenorréicos presentan ciertos fenómenos reflejos como vómitos, tos constante, jaquecas, etc., etc., que no solamente acompañan los flujos menstruales sino que persisten como un sufrimiento permanente. Todos los ginecólogos saben que una cefalalgía constante, es siempre un atributo de las desviaciones ute-

1 Una enferma ambulante operada por mí no siguió las prescripciones, sino que se levantó tres dias despues de la operacion para dedicarse á sus tareas domésticas. Sobrevino una fuerte hemorragia que necesitó inmediatamente el taponamiento, que fué ejecutado por mi compañero de Clínica, el Doctor Kiderlen. La curacion se efectuó sin ningun trastorno.

rinas. Momentáneamente pueden suprimirse los dolores por medio de los pesarios intra-uterinos; pero estos instrumentos llegan á ser intolerables con el tiempo, y se ve uno obligado á retirarlos; con lo cual vuelven á aparecer los dolores.

¿Qué medio le queda al médico en estos casos? ¿Cómo puede ayudar á una enferma cuyos dolores y estado nervioso le hacen la vida insoportable? ¿Con la morfina? Pero el médico, que por llenar la forma y sin tomarse ningun trabajo para investigar la causa del mal recurre siempre á la morfina, no debe llamarse médico. Y por otra parte, ¿no es sumamente peligroso el acostumbrar estas enfermas á este medicamento? ¿No está el médico expuesto á que ellas terminen por ser morfinistas, buscando en este nuevo vicio un remedio á su desesperacion, como el pobre busca el remedio de sus miserias entregándose á la embriaguez? Y hacer uso de este medicamento bajo otra forma, no tiene más aplicacion, que cuando los dolores vienen acompañando la menstruacion.

Cuando todos los medios paliativos se han agotado; cuando algunas operaciones no han dado ningun resultado, no está el médico autorizado á emprender la Castracion, como un heróico y último remedio para cortar el mal de raíz?

Hegar, en su opúsculo sobre la Castracion, que es la expresion de las ideas que manifestó el último Congreso Médico Internacional de Copenhague, dice así: "La Castracion está in-"dicada en toda neurosis que depende de un "cambio patológico de los órganos sexuales, "cuando todo otro tratatamiento no ha tenido "ningun resultado ó cuando se han perdido las "esperanzas de que lo tenga. Se requiere que "el padecimiento sea tal, que ponga la vida en "peligro, que amenace con la pérdida de la ra-"zon, que vuelva insoportable la vida é impo-"sibilite todo trabajo y ocupacion." Yo estoy conforme con Hegar en lo relativo á los peligros de vida; pero por otra parte, ¿no nos moveremos en un círculo vicioso si para salvar la salud psíquica comprometida por una neurosis, procedemos á la castracion que la compromete á su vez? ¿La diaria experiencia de los nevrópatas, no nos enseña claramente, que la idea de *no ser más mujeres*, ha conducido á estas enfermas más de una vez á la locura? La Castracion es aún un problema cuya solucion [illegible] á encomendada al porvenir!

Al terminar, réstame expresar mi más vivo agradecimiento á mi maestro y amigo el Dr. A. Martin, por la leal y bondadosa acogida que me dispensó durante el tiempo que trabajé á su lado y por su amabilidad al facilitarme todo el material de su Policlínica para poder llevar á cabo este trabajo.

DR. R. FUERTES.

DE LAS HEMORRAGIAS
POR
"PLACENTA PRÉVIA."

(PATOGENIA Y TRATAMIENTO)

Por el Dr. Manuel Barreiro.

(CONCLUYE).

Tratamiento.—Ante el indescriptible cuadro que presenta una mujer cuya vida va á extinguirse como un soplo; ante la perspectiva de ver dos existencias convertirse en un momento en frios cadáveres, no hay que retroceder un paso: la importancia del tratamiento de la placenta prévia se impone por sí misma. Sin duda los autores antiguos, impresionados por la inmensa mortalidad de las hemorragias por placenta prévia, quisieron hacer por fuerza lo que la naturaleza no hacia de grado.

El parto forzado apareció en la época de Guillemeau, Mauriceau, Lamotte, Viardel, Peu y otros que siguieron esta práctica; pero Levret no lo empleaba sino cuando la insercion placentaria era centro por centro.

Su opinion fué adoptada por todos los autores, y si Lachapelle, Velpeau, Moreau, Rigby, Denman y Churchill practicaban el parto forzado, no era sino en caso de absoluta necesidad.

Los antiguos lo practicaban con la mano sola, es decir, introduciendo sucesivamente uno, dos, tres dedos, despues la mano íntegra y practicaban la version.

No nos ocuparemos en rechazar semejante método, que más parece haber sido imaginado por hombres rudos é incultos, que por eminentes científicos.

Más tarde, Puzos, razonando más lógicamente, puso en práctica un procedimiento que lleva su nombre y que consiste esencialmente en la ruptura de las membranas cuando el orificio ha llegado á cierto grado de dilatacion.

Nadie podria disputar á Puzos el mérito de este procedimiento que, aun cuando presenta algunos inconvenientes, no por eso deja de ser un recurso supremo en ciertas circunstancias.

En efecto, si la retraccion uterina es el hemostático por excelencia en estos casos, nada es más lógico que tratar de producirla de alguna manera; pues bien, es sabido que cuando el contenido de la matriz disminuye, el útero se retrae fuertemente sobre el producto hasta el punto de inmovilizarlo.

Pero por grandes que sean las ventajas del procedimiento de Puzos, me atreveria á decir que no es un método, es solamente un recurso.

Si fuera á atacar la causa de la hemorragia, obturando *perennemente* los senos uterinos abiertos, mereceria indudablemente grandes honores; pero ¿de qué nos serviria desgarrar las membranas, en el caso, por ejemplo, de presentaciones viciosas en las cuales el cuerpo fetal no obstruye completamente el orificio uterino?

¿De qué nos serviria producir la retraccion del útero sobre el producto, cuando, por el hecho de la ruptura de la bolsa, el parto se prolonga y la mujer queda expuesta á los inmensos peligros de la inercia?

Por último, el procedimiento de Puzos adolece del inconveniente (si tal puede llamársele) de producir casi seguramente la muerte del niño.

Si nuestros recursos quedaran limitados allí, como en la época de Smellie y Bodelocque, no habria duda en ponerlo á la cabeza del tratamiento de la insercion viciosa de la placenta; pero como vamos á ver, existen medios que nos dan la esperanza de salvar la vida de la madre y la del niño.

Otro de los medios puestos en uso es el tapon, llamado con razon *heróico*, por Charpentier y Schröeder. Llama la atencion que no hubiera ocurrido antes á los parteros el acto de *tapar*, que parece natural. ¡Existen aún muchos huevos de Colon en la ciencia! No me detendré en encarecer las ventajas que presenta este método, porque basta saber (suponiéndolo bien colocado) que la hemorragia no se produce ni interna, ni externa, y que tiene el mérito de producir la dilatacion cervical.

Tres han sido las objeciones levantadas contra este método, y son: 1ª Que puede favorecer la hemorragia interna. 2ª Produce siempre un trabajo prematuro; y 3ª Produce dolor y dificultad en la miccion y en la defecacion. Veamos cuál es el valor de estas objeciones: 1º En tanto que la placenta está adherente al orificio, que las membranas están intactas y que el feto está aún en la matriz, es imposible que la pérdida interna, admitiendo que se produzca, tenga la menor gravedad, porque se oponen muchos obstáculos al curso de la sangre: de ahí la tendencia á su coagulacion, y por consecuencia, detenimiento de la hemorragia. 2º Se reprocha al tapon de producir el parto prematuro. En primer lugar, es bien sabido que las hemorragias no se producen sino á partir del 7º mes, es decir, en la época en que el niño ya es viable. En segundo lugar, las observaciones de Dubois, Lachapelle, Depaul y Villeneuve, prueban que el tapon ha podido quedar aplicado, en ciertos casos, durante 34, 36 y aun 40 horas sin determinar el trabajo, y aun en el caso en que éste se declarase, ¿se puede dudar entre este inconveniente y el peligro que amenaza fatalmente á la madre y al niño si se deja la hemorragia continuar? 3º En cuanto á los inconvenientes que resultan para la madre, por la supresion de la miccion y la defecacion, es bien sabido que antes de colocar el tapon, se debe vaciar el recto y la vejiga. Por último, se acusa al tapon de molestar extraordinariamente por la distension que produce de las paredes de la vagina; cuando se trata de salvar la vida á una mujer, no nos detienen consideraciones de tan poca importancia.

Depaul aconseja: taponar, esperar una dilatacion suficiente, romper las membranas si la hemorragia reaparece, volver á taponar, y una vez alcanzada la dilatacion sin violencia, terminar. Confiesa el autor de este método que se salvará *probablemente á la madre*, y que si el niño tiene algunas probabilidades de vida, al menos se habrá hecho todo lo que es posible por conservársela.

Pajot y Bailly aconsejan seguir este método; pero en lugar de retirar el tapon cuando se supone la dilatacion completa, pretenden, no sola-

mente dejarlo colocado, sino oponerse á su expulsion rápida, haciéndolo entrar en el intervalo de los dolores y sosteniéndolo en el momento de la contraccion. Despues, cuando una cierta porcion del tapon haya sido expulsada, administrar pequeñas dósis de cuernecillo de centeno para *vigorizar* las contracciones de la matriz.

Bailly confiesa que con su procedimiento, la mortalidad fetal es muy grande, Prescindiendo de que seria asaz aventurado seguir un método que se anuncia bajo tan malos auspicios, hay que considerar: 1º Que es necesario que el niño se presente por una de sus extremidades, de preferencia la cabeza, y que no haya complicacion, cuando precisamente en el caso de placenta prévia, son tan comunes las presentaciones viciosas y las procidencias. 2º Si se aplica el método despues de rotas las membranas, como hace Depaul, hay peligro de hemorragia interna. 3º En esta clase de trabajos, las fuerzas de las mujeres están agotadas por las hemorragias anteriores y no podemos abandonar el tapon indefinidamente. 4º Bailly supone que el tapon y el vértice de la cabeza marchan juntos, lo cual no sucede porque el tapon no puede entrar todo lo que sale despues de una contraccion enérgica; de lo que resulta que queda entre él y la cabeza un espacio que será llenado por la sangre.

En el art. 7º del Codigo de procedimientos tocológicos, en los casos de insercion viciosa de la placenta, el ilustrado Dr. Capetillo dice:

"Si en las circunstancias de la regla anterior (integridad de la bolsa, cuello dilatado ó dilatable) ora sea marginal, ora sea central la insercion de la placenta el producto viviere, inmediatamente despues de despegar y sacar la placenta, se hará la version con la premura y cuidado que á la vez demanda la urgencia del caso (festina lente.)"

En primer lugar, nótese que todo el tiempo que el operador tarde en ejecutar la version, el niño no respira, pues que la placenta ya está despegada de sus inserciones; de aquí que el cincuenta por ciento de los niños extraidos de esta manera, se pierden. En segundo lugar, yo no creo que se pueda ejecutar esta maniobra con más habilidad y destreza que la que desplegó el Dr. Capetillo en un caso de este género ;y sin embargo, minutos despues de haber extraido al niño, no teniamos enfrente de nosotros mas que dos cadáveres.

Por lo tanto, todo aquel que no se juzgue excesivamente práctico en ejecutar la version, que no la emprenda en estas circunstancias. Aun suponiendo al operador dotado de una habilidad suficiente, corre inminente riesgo de no ver coronados sus esfuerzos.

Los dos casos que ví tratar al Dr. Capetillo por medio del tapon y despues por la version, me inclinan muy poco en favor de este método.

El despegamiento completo de la placenta, tal como lo considera Simpson, no es de tomarse en séria consideracion, puesto que este autor parte de un error anatómico.

El profesor Barnes propone un medio de salvar la vida de la madre, asegurando la respiracion del feto. Partiendo del principio de que *ars imitatio natura,* su procedimiento es en un todo semejante á la manera como la naturaleza termina los partos en los cuales se presenta esta anomalía y cuyo resultado es feliz.

"Dos casos pueden presentarse, dice Barnes, ó bien hay insercion viciosa central ó marginal, pero al mismo tiempo hay contracienes uterinas y dilatacion espontánea, ó bien la contraccion falta y hay ó nó dilatacion.

Si el embarazo no data sino de 5 á 6 meses, si el orificio no está dilatado, si no hay dolores y si la hemorragia es moderada, se puede esperar. Si por el contrario, la hemorragia es algo abundante, si hay algunas contracciones, poco importa la época del embarazo, es necesario obrar inmediatamente y acelerar el trabajo. 1º La puncion de las membranas es la primera cosa que se tiene que hacer en todos los casos de hemorragia bastante abundante para causar inquietud antes del trabajo. 2º Al mismo tiempo aplicar un vendaje apretado sobre el vientre. Excita la contraccion, y empujando el niño hácia el orificio, acelera la dilatacion y modera la hemorragia. 3º Aplicar el tapon que á menudo basta. 4º Si el cuello está suficientemente dilatado y si la hemorragia continúa, practicar el despegamiento de toda la porcion placentaria fija á la zona cervical. 5º Si el cuello no está dilatado, obtener la dilatacion artificial con la ayuda de dilatadores y despues despegar la placenta en la zona cervical. Para esto, se introduce la mano en la vagina, se lleva uno ó dos dedos tan lejos como sea posible

entre la placenta y el útero (los dedos tienen tanta longitud como altura tiene la zona cervical) y se les hace describir un círculo al derredor del orificio, de manera á despegar la placenta tan lejos como penetren. Si se siente el borde de la plecenta, abrir anchamente las membranas á este nivel, sobre todo, si no están aún desprendidas y asegurar, si es posible, la posicion del feto antes de retirar la mano. En general, despues de esta operacion, el cuello se retrae un poco y á menudo la hemorragia cesa.

Y entonce, segun los casos, ó abandonar el parto á la naturaleza, ó completar la dilatacion por dilatadores más voluminosos y terminar por la version bipolar, pero hecha lenta y progresivamente."

El procedimiento operatorio es, á mi juicio, inmejorable, porque separa la porcion inserta en la zona peligrosa y deja intacta la parte que indudablemente no se despegará durante la marcha del trabajo.

Solamente me atreveria á poner una objecion, y es, que si el tapon va á colocarse, no veo la necesidad de hacer antes la ruptura de la bolsa, tanto más cuanto que si algun peligro tiene el taponamiento, es la produccion de una hemorragia interna. Cierto es que el profesor Barnes coloca en seguida un vendaje apretado; pero en realidad, yo no veo el objeto de perforar las membranas si se va á obturar completamente el orificio, y más cuando semejante maniobra pone en peligro la vida del niño.

He tenido ocasion de confirmar esta idea en un caso de placenta prévia central, en el que tuve la fortuna de salvar á la madre y al niño.

Se trataba de una mujer secundípara de 34 años de edad; embarazo al octavo mes, pérdidas sanguíneas frecuentes aunque no muy considerables; posicion O. I. I. A. A las 6 de la tarde comenzó el trabajo y fuí llamado á las 12 de la noche, porque la mujer *se vaciaba.* Acudí tan presto como me fué posible y pude demostrar por el tacto, la presencia de la placenta cubriendo *todo el orificio,* que se encontraba ya dilatado en una extension como de 4 á 5 centímetros.

Sin vacilar, introduje la mano y despegué con el dedo toda la porcion placentaria que pude alcanzar; hácia el lado izquierdo, sentí el borde de la placenta que, por el despegamiento efectuado, se encontraba libre. Procuré, introduciendo, dos y despues tres dedos, replegar un poco la masa placentaria, y, esperando un dolor, pude sentir la cabeza que parecia encajarse entre el borde placentario y la superficie libre del útero.

En estas circunstancias, extraje la mano y taponée la vagina con todo el cuidado que tal operacion exige.

A las cuatro de la mañana, los dolores eran intolerables, la cabeza estaba encajada y aun se percibian los latidos del corazon del feto, aunque ya debilitados y frecuentes.

Extraje el tapon y encontré, que en vez de la placenta se encontraba la cabeza y la bolsa *íntegra.*

Desgarré las membranas, y al cabo de una hora el parto estaba terminado. El niño vivo, y la madre, bastante debilitada por las pérdidas sufridas, pedia se le llevará á su hijo á quien acababa yo de salvar casi por milagro.

Creo poder responder ahora á los puntos de tésis que plantée al principio de este trabajo. ¿Cuál es el sitio de la hemorragia? La hemorragia proviene única y exclusivamente del sistema vascular materno. ¿Cuál es su causa? Las hemorragias de los últimos meses del embarazo, provienen en muchos casos de despegamientos parciales de la placenta, en virtud de las contracciones indoloras de acomodacion, que muy especialmente se verifican en el segmento inferior de la matriz. Respecto á las pérdidas sanguíneas que se verifican durante el trabajo, son debidas á despegamientos placentarios producidos por el recogimiento que sufre el cuello en virtud de la dilatacion. ¿Cuál es el mejor método para salvar la vida de la madre y la del niño? El procedimiento del Profesor Barnes, con la modificacion que he mencionado.

REVISTA EXTRANJERA.

ANATOMÍA.

DE LA FORMA DE LA CORNEA HUMANA NORMAL. *Nota del Sr. C. J. A. Leroy.*—Resulta de las observaciones del autor, que la superficie de la cornea normal puede ser asemejada á un elipsoide deformado: la curvatura disminuye del centro á la periferia de la cornea; pero esta diminucion no es la misma en todos los meridianos: si se toma por unidad el aplastamiento

temporal, los aplastamientos del meridiano vertical arriba y abajo, son iguales, sensiblemente á dos, mientras que el aplastamiento nasal es igual á cuatro; así es, que la cornea tiene una superficie asimétrica; pero, segun que esta asimetría se sigue á un grado apreciable hasta el centro ó nó, la cornea se llama *normal* ó bien se llama *astígmata.*

El modo de distribucion de las máxima y de las mínima, es muy significativo: es evidente que la forma de la cornea está ligada estrechamente á la de la esclerótica; ahora bien, el aplastamiento máximo, el nasal, se halla precisamente frente á la insercion del recto interno, cuya importancia funcional, siendo preponderante á tan alto grado, es de presumir que los músculos motores del globo ocular, son los agentes principales de su asimetría. Las cosas pasan como si el ojo, primitivamente esférico, fuese deformado por los cinchos musculares que le dan movimiento; esta deformacion, considerada en el ecuador, seria muy desigual, como lo es la accion de los diversos músculos; esta deformacion se transmitiria siempre hasta una extension más ó menos considerable de la cornea; si, por el contrario, dicha deformacion no se hiciere sentir á un grado apreciable, la cornea seria designada como *normal* y se llamaria *astígmata* en el caso contrario.—(*Gazette hebdom*).

FISIOLOGÍA.

¿LA MUERTE SÚBITA PUEDE SER CAUSADA POR UNA EMOCION VIOLENTA, INDEPENDIENTEMENTE DE TODA LESION ORGÁNICA PREEXISTENTE?— Esta cuestion puede presentarse al médico-legista, así como lo prueba la observacion siguiente:

En un colegio de Galicia, frecuentado por niños de ambos sexos, una niña de 13 años, de orígen judío, fué golpeada por el maestro en la parte inferior de la region lumbar. La correccion fué ejecutada con un junco; pero de antemano, la niña habia sido brutalmente arrancada de su asiento y arrojada de rodillas por su iracundo maestro.

Un momento despues de haberse levantado, cayó muerta, sin que en su fisonomía se dibujase mas que una ligera sonrisa.

El caso fué objeto de un experticio médico-legal.

Por la autopsia del cadáver, fué imposible descubrir otra cosa, en materia de lesiones anatómicas, que una fuerte hiperemia del cerebro y de las meninges.

Desde entonces, se planteó la cuestion á los médico-legistas, de decir cuál habia sido la causa de esta congestion cerebral. La cabeza de la niña no habia experimentado ningun choque mecánico, ó al menos, ningun choque capaz de producir la hiperhemia del cerebro. Por otra parte, la actitud de la niña, en el espacio del tiempo transcurrido entre la correccion y la catástrofe, no da luz alguna sobre la causa de tan enigmática muerte. En una palabra, el cuerpo médico-legista, concluyó en la hipótesis de una simple coincidencia entre la muerte súbita y el desagradable incidente que precedió á la catástrofe.

Jasinski, reprocha esta manera de proceder, considerándola propia de un materialismo muy exclusivo. Desearia, dice, que el médico-legista, se colocara bajo un punto de vista más científico, y considerara al sér humano, no solo en su parte física y material, sino tambien en su parte psíquica. Pretende, que procediendo así, la muerte de la niña, habria sido fácil de explicar.

He aquí el razonamiento que hace:

Desde luego, la perspectiva de un castigo severo, administrado por un hombre cuya brutalidad le era conocida, asustó á la niña que fué víctima del accidente arriba relatado. Pero deben haber intervenido otros sentimientos, para llevar la agitacion de la niña á su mayor grado, sentimientos de vergüenza y de humillacion, en relacion con la naturaleza del castigo y con las circunstancias en las cuales la correccion fué administrada. Además, se trataba de una niña que, en razon de su orígen semítico, presentaba un desarrollo intelectual y corporal precoz, y una sensibilidad exagerada. Habituada á las preocupaciones propias de su condicion social, la jovencita debe haberse imaginado que acababa de sufrir la humillacion más grande que se puede suponer. De este conflicto de sentimientos ha podido resultar una conmocion suficiente para causar la muerte.

No hemos reproducido este razonamiento, sino para demostrar cuán fantástica es la "psicología" del autor, que, quisiera ver asociado este método, al eminentemente objetivo que inspiró á los médico-legistas y que los obligó á

limitar sus investigaciones á los hechos verdaderamente tangibles.

Es justo decir, que en este caso, se trataba de ciertos hechos que se publican hoy con el nombre de *railway spina*, casos de neurosis más ó ménos graves, sobrevenidos á consecuencia de accidentes de ferrocarril, que á menudo no ocasionan mas que lesiones traumáticas insignificantes, y en las que el médico llamado á dar su opinion sobre la importancia del daño causado, debe tener en cuenta, no solamente las lesiones aparentes y los accidentes inmediatos, sino tambien las consecuencias eventuales más ó ménos próximas.

Charcot, refiere estos hechos á la histeria. Para ser lógico seria, pues, necesario atribuir la muerte súbita de la niña de quien se ha hablado, á un estado nevropático que resulta de la histeria. Por consiguiente, el cuadro ya tan vasto de la gran neurosis se ensancharia y habria que estudiar, además, sus relaciones eventuales con la muerte súbita.

Se ha señalado, igualmente, el caso de un hombre de 60 años que murió en el momento en que iba á comparecer ante el jurado por una grave acusacion. La autopsia no dió explicacion alguna sobre la causa de la muerte. El Sr. Bollinger compara este hecho con los de muerte súbita por *shok* traumático, en los que el traumatismo es de órden psíquico y ejerce su accion sobre los centros nerviosos en estado de nutricion defectuosa.

La comparacion es feliz, pero no es una explicacion suficiente del mecanismo de estas muertes súbitas que sobrevienen á consecuencia de una violenta emocion.—(*Gazette méd. 10 Nov. 88*).

DE LA INFLUENCIA DEL EJERCICIO CORPORAL MODERADO, SOBRE LA DIGESTION. (*M. Conh*).—¿Se debe hacer ejercicio ó se debe estar en reposo para favorecer la digestion? Antes y despues de Brillat-Savarin, las opiniones se han dividido. Para dilucidar este punto de fisiología, el autor ha emprendido experimentos en el laboratorio del profesor Rossbach. Ha hecho tomar á perros, comidas compuestas de carne raspada y agua. El contenido del estómago ha sido sacado despues con la sonda á horas determinadas, habiendo sido sometidos los animales á condiciones precisas de reposo y de ejercicio.

En los perros en reposo, la digestion está en plena actividad una hora despues de la comida; los líquidos del estómago son ricos en ácido clorhídrico y en pepsina, pobres en ácido láctico; al cabo de dos horas, la digestion está más avanzada: las cantidades de ácido clorhídrico y de peptona son considerables; solo hay vestigios de ácido láctico. La digestion queda terminada despues de seis horas.

Cuando los perros han sido sometidos, despues de comer, á un paseo de dos horas, no se encuentran sino huellas de ácido clorhídrico y de peptona, pero fuertes proporciones de ácido láctico. No es sino cinco horas despues de la comida (habiendo tenido los perros un descanso de tres horas) cuando la digestion está en actividad hallándose ácido clorhídrico y peptona en notable cantidad. Al cabo de seis horas, la digestion aun no está terminada.

Ewald y Boas, habian señalado ya este equilibrio entre el ácido clorhídrico y el ácido láctico en el estómago: el primero es un producto de secrecion, y el segundo un producto de fermentacion de los hidrocarburos; á medida que se secreta el ácido clorhídrico, se activa la digestion y el ácido láctico desaparece: la digestion es tanto más lenta, cuanto que es mayor el tiempo en que el ácido láctico acaba de desaparecer.

El autor concluye de sus experimentos que, á lo menos en el perro, el ejercicio, despues de la comida, influye sobre la digestion, haciéndola más lenta.—(*Deut. Archio für klin. Med*).

TERAPÉUTICA.

LA LECHE DE BURRA CONTRA LA DIARREA.—El Sr. Créquy, ha tenido ocasion de comprobar recientemente los buenos efectos de la leche de burra para combatir una diarrea rebelde. Recuerda, tambien, que Parrot habia recomendado la leche de burra para la nutricion de los niños débiles, y habia encomiado su accion contra la diarrea de los niños de pecho; esto es lo que ha inducido al Sr. Créquy á usarla en una de sus enfermas. Se trata de una niña de 10 años y medio que fué atacada de una fiebre tifoidea, cuya duracion fué de veinticinco dias; pero en el momento en que la convalecencia debia haber tomado una marcha franca, la diarrea persistió, despues se hizo incoercible, y se acompañó de vómitos. La nutri-

cion era imposible, el agotamiento era extremado no obstante todos los tratamientos puestos en juego, y hasta se podia temer una terminacion fatal y en corto periodo. El Sr. Créquy, desesperando de poder atacar la causa, recurrió á la leche de burra administrada en pequeñas dósis. La leche fué bien soportada, y la mejoría sobrevino rápidamente, así como la supresion de la diarrea: la curacion fué completa. Esta alimentacion constituye, en estos casos, un recurso supremo. El Sr. Henocque, ha empleado á menudo la leche de burra en los adultos, y ha demostrado que tiene una accion ligeramente laxante. Tal vez sea una simple coincidencia, pero esta leche tiene en el público, la reputacion de ser un laxante, á la vez que un alimento.

Del empleo del "Veratrum viride" contra la eclampsia puerperal, *por Jewett.*—A título de medicamento vaso-motriz y depresor de la excitabilidad medular, Jewet recomienda el uso del extracto fluido de la raíz de este vegetal, á la dósis de 20 gotas por dia. Ha demostrado que por su accion terapéutica, se suspenden las convulsiones y que el número de pulsaciones cardiacas disminuye. De treinta y tres casos en que lo ha empleado, diez y seis eran primíparas.

Tratamiento de la jaqueca por el salicilato de sosa y la cafeina, *por James Little.*—Este tratamiento ha dado buenos resultados á este observador, que lo usa desde hace más de dos años. Consiste en la administracion de 1 gramo de salicilato de sosa en solucion en un vaso de agua que se hace efervescente por la adicion de una cucharadita de citrato de cafeina granulado. Así preparado el medicamento, es agradable y posee una eficacia que no estaria desmentida en ningun caso.—(*Dublin Journal of med. Science, 1888*).

Neurosismo.—Los casos de neurosismo son muy frecuentes en la práctica. Las perturbaciones que constituyen el "estado nervioso" son los prodromos de afecciones orgánicas que se muestran, á veces, despues de un tiempo muy largo; ¡cuán díficil es, antes de conocer exactamente la naturaleza del mal, instituir un tratamiento racional! Es necesario dirigirse al síntoma y desgraciadamente la terapéutica no nos da recursos suficientes. La eficacia del cloral bromurado en esos casos es incontestable; obra á la vez sobre el elemento sensitivo y sobre el elemento motor del sistema nervioso.

La collinsonia canadensis ha sido introducida en la terapéutica por el Dr. Shoemaker, de Filadelfia. La recomienda sobre todo como sedante y antiespasmódica en el tratamiento de las afecciones de los órganos urinarios (espasmos de los uréteres, cálculos, cistitis aguda). Olivier cita, entre otros, el caso de un niño de doce años, atacado de cistitis purulenta, y en el cual los remedios ordinariamente empleados habian fracasado. Se le administró entonces el extracto de *Collinsonia* al interior, á la dósis de 15 gotas, tres veces al dia. Al cabo de 10 dias, la mejoría era considerable. El pus disminuyó rápidamente y, al cabo de 21 dias de tratamiento, habia desaparecido enteramente de la orina. En un caso de pielitis traumática con retencion de orina, vivo dolor y sensacion de peso en la region del riñon izquierdo, el dolor cedió, despues del empleo del *Collinsonia* y el pus desapareció al cabo de poco tiempo.—(*The Lancet, Mayo 1888*).

De las varices viscerales y de su tratamiento, *por el Dr. Tripier.* (*Concluye.*)[1]—Desde hace dos años esta señora siempre tiene á la mano el frasco de tintura de *Cardo María*, y recurre al medicamento cada vez que se siente mal. La salud de la enferma, sin ser brillante, es mejor de lo que fué.

De lo expuesto se puede deducir lo siguiente, que es la opinion que he formulado en mis *Leçons Cliniques:*

Hay histerópatas que creen haber tenido muchas peritonitis, cinco ó seis; mientras más sean las que cuentan, el pronóstico es más favorable. A pesar del dolor, la contraccion de la fisonomía, la sensibilidad á la presion sobre el vientre, estas pretendidas peritonitis, ó son apiréticas, ó no ofrecen sino una ligera reaccion; el pulso presenta los caractéres que en los reumáticos. En tales casos se trata de un *reumatismo del ovario*, afeccion bastante comun, que creo haber sido el primero en señalar.

Los caractéres del pulso, la sensibilidad especial á la presion y los resultados obtenidos por el uso de la digital, me autorizan para admitir el reumatismo del ovario. Pero ¿no se puede confundir con los edemas ováricos y pe-

1 Véase el principio en el núm. 8 de la *Revista Médica de México*.

riováricos de orígen varicoso? El estado del pulso, frecuente y deprimido en la peritonitis, más lento y duro en el reumatismo del ovario, la presion de la region, intolerable en la peritonitis, es soportable en el reumatismo cuando se hace lenta y progresivamente; en fin, la prueba del tratamiento por la digital, eficaz en el reumatismo, permite alejar el diagnóstico: *peritonitis.* Es más difícil distinguir el edema varicoso ovárico de la peritonitis; los signos diferenciales á que doy importancia son: la reaccion febril y los resultados obtenidos por tentativas terapéuticas. Así como la idea de reumatismo está justificada por la digital, así tambien la de varices ováricas será legitimada por los resultados favorables obtenidos por el *Cardo María* ó sus succedáneos.

Estos accidentes limitados, ¿no pueden presentarse reunidos é invadir toda la cavidad pélvica?

He observado, hace 18 años, un caso de hemorroides rectales y vesicales, y entre mis notas tengo numerosas odservaciones de persistencia de molestias y dolores pélvicos que pueden atribuirse á esa causa. Igual explicacion se puede dar á ciertos dolores tenaces de los cólones ascendente, descendente y transverso.

Hace treinta años, al tratar por la faradizacion los *infartos* del útero, tuve muchos éxitos favorables y muchos fracasos. Estos eran debidos (quince años despues lo he conocido), á que el infarto era debido, no á una hiperplasia conjuntiva simple, sino á una infiltracion fibrosa.

En otros casos el resultado era rápido, pero el beneficio inestable: las recaidas sobrevienen al cabo de poco tiempo y era preciso instituir de nuevo el tratamiento. Los beneficios pasajeros, en muchos de estos casos, me parece que dependen de la predisposicion, que ahora señalo, á las congestiones pasivas que provienen del estado varicoso pélvico y que encontrarán su razon de ser en un embarazo permanente ó accidental de la circulacion hepática.

He encontrado dos tipos de varices abdominales en dos enfermas atacadas de litiasis biliar, en las que la frecuencia de las recaidas me daba mucho en que pensar. No existian varices en los miembros, pero sí hemorroides no fluentes con molimen congestivo casi constante.

Igualmente he demostrado que las inyecciones ioduradas no tenian influencia en los fibromas, en personas que se encuentran bajo la influencia del impaludismo; ¿hay alguna relacion entre los trastornos circulatorios que predisponen á las varices abdominales y la proliferacion fibrosa.

Quedando estos puntos reservados, tengo para mí como bien establecido: 1º Que en las artríticas se encuentran accidentes pélvicos que no proceden directamente de lesiones uterinas ováricas ó intestinales y cuyo tratamiento es oscuro. 2º Que estas complicaciones se pueden referir á la existencia de éxtasis varicosos más ó menos variables. 3º Que las varices viscerales, hoy exclusivamente estudiadas en el recto y el cordon espermático, pueden existir aisladamente en masa en todos los órganos pélvicos. 4º Que los hombres no están al abrigo de estas manifestaciones. 5º Que la *disposicion varicosa* constituye en sí una verdadera diátesis.

Por lo que toca al tratamiento, diré que supuesto que no todas las localizaciones varicosas pueden estar al alcance de los medios quirúrgicos, poseemos medios que, como el *Cardo María* pueden detener la *crísis.* Recurro habitualmente á la tintura alcohólica, á la dósis de 20 á 25 gotas en un vaso de agua, una ó dos veces por dia. El extracto puede ser útil empleado en pomadas que se introducen por medio de tapones vaginales ó supositorios en los que se deberá asociar el extracto de digital.

Como succedáneos del *Cardo María,* podria señalar: la infusion de *Pareira brava* (20%), una taza dos veces por dia; la tintura de *Hydrastis Canadensis;* la *Cáscara sagrada;* el *Hamamelis Virgínica* y la *Ortiga blanca.*

A título tambien de medicamento de la crísis actual ó inminente, aconsejaré emplear la electricidad á la cual recurrí con doble indicacion, ó para calmar los dolores, cuyo mecanismo me es desconocido, ó como agente curativo de la lesion circulatoria. La faradizacion pélvica está contraindicada en el caso en que exista aparato febril, pero en caso contrario, debe aplicarse introduciendo un excitador negativo en el recto, en el útero ó en la vejiga, cerrando el circuito por el abdomen con una ancha placa de esponja; sesiones de 6 á 10 minutos con corrientes moderadas de bobina de hilo grueso.

Igualmente recomiendo las corrientes galvánicas ascendentes en la region vertebral: sesion de 5 minutos; corrientes de 12 á 20 miliamperes. Esta operacion debe repetirse todos los dias.

GINECOLOGÍA.

DE LA OPERACION DE EMMET, Ó TRAQUELORRAFÍA.—*Indicaciones.*—No todas las desgarraduras del cuello necesitan la operacion de Emmet, quien dice con mucha prudencia: "la operacion ha sido muy á menudo ejecutada para haber sido siempre necesaria." Las laceraciones que han dejado al cuello su configuracion normal, las que han permitido la involucion del útero, deben ser respetadas ó curadas por un tratamiento que llamaremos médico: cauterizaciones, curaciones, inyecciones, etc., etc., por ligeros y pasajeros que hayan sido los síntomas que ocasionen; no sucede lo mismo con las desgarradurras acompañadas de ectropiōn, desarrollo de los huesos de Naboth, hiperplasia uterina, leucorrea, menorragias, etc., con todo el cortejo de perturbaciones reflejas habituales á tales lesiones. Estas pueden ser mejoradas por un tratamiento médico: mejoradas, pero no curadas. La entidad morbosa que han ocasionado, no puede desaparecer mas que suprimiendo la causa que la ha producido: volviendo al cuello su forma y sus funciones. Hay aquí, para el cirujano, una cuestion de diagnóstico y de apreciacion que debe guiar su conducta, armar ó retener su mano.

En el entusiasmo del principio, los americanos han dicho: "toda desgarradura del cuello debe ser tratada por la traquelorrafía." Los europeos han contestado: "si nosotros curamos muchas desgarraduras sin operacion sangrante ¿para qué emplearla en todos los casos?"

Unos y otros han tenido razon; lo que es necesario es precisar las indicaciones. Unas desgarraduras curan con los medios médicos solamente; otras no pueden curar definitivamente sin traquelorrafía.

Goodell cree que las desgarraduras predisponen al cáncer y ha operado fundándose solamente en antecedentes hereditarios; confiesa que ha operado algunas veces *sin nécesidad;* pero establece como regla que cuando existe ectropion marcado, asociado á un gran desarrollo de las glándulas de Naboth con leucorrea y menorragia, la terminacion de la operacion será feliz. Cuando, al contrario, la operacion se verifica por simple desgarradura ó por la presencia de tejido cicatricial en los ángulos de la fisura, no se alcanza generalmente el éxito deseado.

Peligros de la operacion.—I. Como todas las operaciones, la traquelorrafía puede ser orígen de accidentes inmediatos ó alejados, pero que pueden ser evitados con la antisepsia conveniente de la operacion y de la herida. Por la falta cometida por algunos médicos que creen operar antisépticamente (porque usan del ácido fénico ó bórico), llevando luto en las uñas, usando instrumentos impuros, esponjas pegajosas que son mina inagotable de microbios, sacos vírgenes de jabon y agua, pero familiarizados con el pus y la sangre, aparecen las celulitis, la peritonitis y otras inflamaciones que son obra del operador y que un cirujano cuidadoso debe evitar.

II. Entre las complicaciones subsecuentes á la operacion, los autores cuentan la hemorragia que puede verificarse en el momento de la operacion ó secundariamente; en el primer caso, no es ciertamente, en la especie, un accidente temible, pues contamos con medios que nos permiten detenerla inmediatamente. Claro es que al emprender la traquelorrafía, el operador se ha asegurado préviamente de que no hay inflamacion aguda en el útero ó sus ligamentos y que ese órgano goza de una movilidad perfecta, de tal manera que es fácil llevarlo á la vulva y el campo operatorio queda entonces bajo la vista y los dedos. Una inyeccion prévia de agua á 50°, pone á cubierto de una hemorragia; por lo demás, las pinzas de forcipresura y el afrontamiento mismo de los bordes, bastan generalmente para hacer cesar la pérdida si la hubiere.

Las hemorragias secundarias son posibles aunque raras. Este contratiempo puede poner en peligro la vida de la operada, si por falta de todo socorro no se ha tratado de disminuir la pérdida. Esto resulta muchas veces de que la arteria coronaria ha sido interesada, sobre todo, cuando se usan agujas cortantes y no redondas.

III. Los labios del cuello pueden estar de tal manera gruesos, y enrollados hácia afuera, su tejido puede estar á tal punto esclerosado, que sea difícil afrontar los bordes. Para aproximar-

los, seria necesario atirantar demasiado la sutura, en lo que se arriesgaria el producir la gangrena ó la ruptura de los colgajos. En estos casos, vale más aplicar suturas superficiales que abrazando una gran cantidad de tejidos, obran más directamente y con menos esfuerzo. A pesar de esta precaucion la reunion fracasa 8 veces en 100, y en los casos desgraciados, la mujer queda ni más ni menos en la situacion que antes tenia.

IV. Accidentes temibles son las metritis, celulitis, peritonitis què se han señalado como consecuencia de la traquelorrafía, pero ya queda dicho que despues de la eleccion juiciosa del dia de la operacion, despues de haber tenido la paciencia de preparar bien á la enferma, siendo en fin, verdaderamente asépticos, la operacion es inocente.

V. Entre los accidentes alejados, se ha notado la atresia del cuello; se ha pretendido que la traquelorrafía produce la esterilidad, predispone á los abortos y pone obstáculo al parto ó que la cicatriz debe romperse necesariamente en este último acto. Estos reproches han sido exagerados y no reposan sobre ninguna observacion séria.

Para evitar la atresia el Dr. Peaslee ponia una bolita de hilas en el orificio del cuello con el objeto de impedir la cicatrizacion, si se ha dejado poca mucosa, pero basta generalmente cuidar de no tomar demasiado mucosa en el contorno del orificio, para que el canal resulte de un diámetro normal.

Respecto de otros accidentes, la esterilidad y el aborto, diremos que en el cuadro XXXIV de Emmet queda resumida la historia de 164 atacadas de desgarraduras del cuello, habiendo tenido, antes del tratamiento 528, embarazos que han dado la vida á 486 niños y 42 han terminado por aborto. De estos 42 abortos, es justo quitar 3 que han sido abortos criminales: quedan, pues, 39 abortos espontáneos, lo que da 3,82 embarazos por mujer y 7,6% abortos naturales.

De estas 164 mujeres, 47 solamente volvieron á quedar embarazadas despues de su desgarradura y antes de todo tratamiento. Han tenido 28 hijos, 45 abortos y 7 abortos criminales; lo cual da para cada mujer 0,48 probabilidades de impregnacion, con 0,17 de hijos y 95% de aborto, deduciendo naturalmente los 7 abortos criminales. Es entonces un hecho adquirido que la desgarradura es una causa de esterilidad y de abortos y que estos accidentes se reproducen aun despues de la traquelorrafía, por lo cual no le pueden ser atribuidos.

Por lo demás, una mujer inapta para ser impregnada y una mujer que no puede mas que abortar, son dos mujeres igualmente estériles. Recordemos, por último, que Hughe Wells ha encontrado 25.4% embarazos normales en mujeres operadas y que Emmet no ha encontrado mas que 12.9% que hayan podido llegar á término en las no operadas.

VI. Se reprocha aún á la traquelorrafía de dificultar la dilatacion del cuello, ó de ser inútil, puesto que en el parto siguiente la cicatriz se rompe. En primer lugar, no se ha citado un solo caso que pruebe que tales aseveraciones son fundadas; en segundo lugar, no creemos que una sola cicatriz lineal pueda oponer mayor dificultad á la dilatacion, que los múltiples inódulos cicatriciales que reemplaza. Si fuera necesario un ejemplo, citariamos el del Dr. Janvrin, que tuvo que dividir el cuello en varias direcciones en un caso en que el tejido inodular invadia todo el cuello é impedia totalmente la dilatacion del orificio. A nuestra opinion se agrega la muy respetable del Dr. Thomas More Modden, quien propone la operacion de Emmet para remediar los inconvenientes que casi siempre resultan de la presencia de excrecencias cicatriciales, y la del Dr. Goodell, de Filadelfia, que mira en los tejidos inodulares el grano del cáncer, lo cual justificaria la traquelorrafía en todos los casos de desgarradura del cuello. Respecto á la ruptura de la cicatriz, diremos que Trelat y Lucas Championière, aseguran que las cicatrices obtenidas por primera intencion, son las más sólidas de todas; y que sobre 77 casos examinados, se han encontrado solo 15 ruptuosas, es decir 19% laceraciones en mujeres que habian sufrido la traquelorrafía; siendo de agregar que Emmet dice, hablando de las mujeres que llegan á término en general: "Dudo que una mujer pueda dar á luz un niño, sin que se produzca alguna desgarradura." Citaremos, en fin, las conclusiones del importante trabajo de Hughe Wells:

"1º La traquelorrafía no causa esterilidad.

2º Produce, al contrario, un aumento en la fertilidad productiva del individuo operado.

3º Despues de la operacion, las enfermas

están menos expuestas á las desgarraduras cervicales ulteriores, de lo que lo estaban antes de la operacion.

4º No hay ningun temor de que la cicatriz pueda poner obstáculo serio á la dilatacion.

5º No hay peligro de producir la estenosis del cuello, á menos de una incuria inexcusable."

Tratamiento ante-operatorio.—Las laceraciones del cuello producen la endometritis, á menudo la parametritis crónica. La operacion de Emmet, tiene por objeto restaurar el cuello y curar las consecuencias de la lesion; seria sin embargo un grave error practicar esta operacion desde que el diagnóstico está establecido, y tomar el bisturí sin preocuparse del estado del útero y sus anexos. Por obrar así, se tienen que lamentar accidentes que son atribuidos á la traquelorrafía y debieran serle imputados al operador. El papel del cirujano, dice Verneuil, no consiste solamente en operar, su mision es mas alta; el bisturí no es mas que un medio, cuyo feliz éxito se debe preparar por un tratamiento ante-operatorio y cuidados consecutivos.

Cuando por el tacto, se encuentre una inflamacion aguda ó mal extinguida del útero ó sus anexos, conviene hacerla desaparecer antes de emprender la operacion. Los mejores medios, (además de los medicamentos internos que varian con cada diátesis), son: los vejigatorios y los diferentes revulsivos de la piel; los baños generales que no son completos en tanto que no se intruduzca, por medio de un espejo ó de una larga cánula, el agua hasta el cuello; las inyecciones cuotidianas con agua á 45 ó 50 centígrados, estando la mujer acostada y el líquido entrando suavemente y con intermitencias durante 10 ó 15 minutos por lo menos; unciones del cuello con una solucion concentrada de iodo; y sobre todo, cubrir el cuello cuotidianamente con grandes tapones de ouate embebido de glicerina pura, y, segun indicaciones, expolvoreado de alcanfor, de salol ó de iodoformo. Las aplicaciones de glicerina son particularmente útiles: es un osmótico poderoso que determina una afluencia serosa y que activa la circulacion del útero, descongestionando los anexos. Cuando por estos medios ú otros análogos, los fenómenos agudos hayan desaparecido; en una palabra, cuando el útero sea ya manejable, será necesario aún desinfectar cuidadosamente, durante cinco ó seis dias, el campo operatorio por medio del licor de Van-Swieten y tapones iodoformados.

(Continuará).

FORMULARIO.

Solucion de sacarato de cal contra las quemaduras.

Esta solucion produce buenos resultados contra las quemaduras por el fuego ó por los ácidos. Se prepara mezclando 5 partes de cal hidratada con 10 partes de azúcar; se agitan con 100 partes de agua y se filtra despues de 24 horas.—(*Pharm. Centralh*).

Tratamiento de los accesos agudos de gota. (*Gallois*).—Tomar en 24 horas, en tres ó cuatro veces, la pocion siguiente:

Hidrolado de lechuga.......	80,00
Jarabe de cinco raíces.......	20,00
Tintura de semillas de cólchico.	X á 15 got.
Alcoholatura de raíz de acónito.	XV „
Tintura de digital...........	X „

ó bien tomar (por dia) de 5 á 10 cucharadas del siguiente jarabe en un vaso de infusion de hojas de fresno:

Jarabe simple...............	300,00
Extracto de guayacán.........	3,00
Tintura de semillas de cólchico, y tintura de digital ââ.....	1,50

Tratamiento de la acnea vulgar.

El Sr. Isaak, de Berlin, recomienda, contra dicha enfermedad, el uso de una pasta con resorcina, cuya fórmula, segun el *Bulletin Médical*, es la siguiente:

Resorcina............	2,5 á	5,00
Oxido de zinc.......	ââ	5,00
Polvo de almidon....		
Vaselina.............		10,00

Esta pasta debe permanecer dia y noche sobre las partes afectadas, si lo permite la profesion del enfermo. En caso contrario, no se aplica sino de noche, y se quita en la mañana, por medio de aceite de olivo y de ouate. Durante el dia, las partes afectadas se cubrirán con polvo. Esta pasta no produce irritacion alguna y su efecto terapéutico se hace sentir muy rápidamente; á veces al tercer dia.

Tratamiento de la tiflitis.—(*Bouchard*).

1º Calmar el dolor sea por medio de una inyeccion de morfina, sea por la aplicacion de

una capa gruesa de ungüento napolitano belladonado, cubierta de una gran cataplasma muy caliente;

2º Descargar y hacer aséptico el intestino grueso por abundantes irrigaciones intestinales, hechas dos veces al dia con 1 litro, por lo menos, de agua á 38 grados, á la que se añade:

Borato de sosa, 5 gramos y dos ó tres cucharaditas de la mezcla siguiente:

Tintura de benjuí......... } ââ p. i.
Alcohol alcanforado........ }

Las irrigaciones se deben hacer con mucha lentitud;

3º El reposo debe ser absoluto;

4º Se usarán pocos purgantes y solamente de los más suaves (por ejemplo, magnesia en agua azucarada);

5º Como régimen alimenticio, la leche, primero mediada con agua alcalina y dada en cortas cantidades; despues adicionada con una yema de huevo. En suma, una alimentacion que deje pocos residuos y que dé poco pábulo á las fermentaciones intestinales que, por otra parte, se pueden reducir al mínimum instituyendo simultáneamente la antisepsia del tubo digestivo por la vía gástrica.—(*Annuaire Thérap.*)

TRATAMIENTO DE LA TOSFERINA.

1º Cochinilla pulverizada..... 1.00 gram.
Div. en *XX papeles.*
Un papel cada hora.

2º Inf. de polígala scop....... 120.00 „
Bromuro de potasium....... }
„ de sodium......... } ââ 2.00 „
„ de amonium....... }
Jarabe balsámico............. c. b.
M. y sig. *cucharaditas.*
Una cucharadita c. hora.

3º Hacer quemar 100 gramos de azufre en una pieza de 30 ó 36 metros cúbicos de capacidad y en donde se colocan todas las piezas de ropa de uso del niño; despues de airear bien el cuarto, durante dos horas, se ordena que el niño duerma en aquella pieza.

SULFONAL.—NUEVO HIPNOTICO.

Han aparecido en Alemania una série de trabajos relativos á las propiedades terapéuticas del *Sulfonal*, entre los que figura el trabajo de Mathes, publicado en el *Centralblatt für Klinische Medicin*, quien lo ha experimentado en enfermos atacados de meningitis, tubérculos, cardiopatías, pirexias infecciosas, alcohólicos delirantes, anémicos, y neurópatas, etc., etc., en una palabra, en todos los casos que se presentaron á su observacion, sin distincion de ninguna especie.

De la estadística formada de este grupo de observaciones, resulta que el Sulfonal tiene una accion hipnótica *completa* 72 veces en 100; *incompleta* 9,25 veces % y *nula* 18%, y que 13 veces produce manifestaciones accesorias que consisten en zumbidos de oidos, cefalalgia ligera, aturdimientos, fatiga general y excepcionalmente vómitos; pero no se observan perturbaciones cardiacas ó respiratorias, ni modificaciones del apetito ó la digestion. Las conclusiones del trabajo del autor son las siguientes: 1ª El sulfonal es un agente hipnótico útil aunque no siempre sea eficaz. 2ª Presenta sobre los otros hipnóticos la ventaja de no tener olor ni sabor y no ejercer influencia sobre los órganos esenciales á la vida. 3ª No provoca efectos dañosos, sino en muy pocos casos, y aun cuando así suceda, esos efectos son de corta duracion. 4ª La dósis es variable y depende de la susceptibilidad individual. Muy á menudo 1 gramo basta para determinar el sueño sin manifestaciones accesorias; cuando éstas aparecen, se debe disminuir la dósis. 5ª En virtud de la lentitud con que obra el medicamento, es indispensable administrarlo, al menos una hora antes de producir el sueño. 6ª Cuando el insomnio es producido por una tos irritante ó por dolores no francamente nevrálgicos, el sulfonal está contraindicado. En muchas nevralgías verdaderas debe ser prescrito.

Los trabajos del autor han sido confirmados por Rosenbach, Rosin, Ostreicher, Schwalbe, Kast, Schmey y Frænkel. Estos autores proclaman la eficacia notable del sulfonal como un agente de un sueño artificial, absolutamente comparable al sueño natural. Este sueño, despues de la absorcion de una dósis de 2 á 3 gramos, dura en general de 5 á 6 horas sin la menor modificacion del pulso ni de la respiracion.

Declaran el medicamento superior al cloral y á la paraldehida.

TIP. DE DUBLAN Y COMP.

VOL. I. México, Diciembre 15 de 1888. NUM. 20

REVISTA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO BIMENSUAL DIRIGIDO POR EL DR. JOSE RAMOS.

COLABORACION:
Dres. R. Lavista, M. Carmona y Valle, E. Liceaga, J. M. Rodriguez, R. Fuertes, M. Alvarado, D. Mejía, J. M. Bandera, M. Dominguez, M. Gutierrez, San Juan, F. de P. Chacón, M. Cordero, F. López, F. Ortega y Fonseca, F. Hurtado, N. Vargas, J. Martinez del Campo, C. Tejeda Guzman, J. Villagrán.

DIRECCION Y REDACCION:
REFUGIO NUM. 15, ENTRESUELO,
DESPACHO DE LOS SRES.
E. DUBLAN Y COMP.
Administrador y propietario: Dr. Manuel Barreiro.
Apartado en el Correo núm. 619.

PRECIOS DE SUSCRICION:
EN LA CAPITAL
Por un mes........................$ 0 50
Por seis meses.................... 2 50
EN LOS ESTADOS
Por un mes........................$ 0 62
Por seis meses.................... 3 00

PRENSA EXTRANJERA QUE RECIBIMOS PARA LA FORMACION DE LA REVISTA:
"Gaceta Médica de Paris."—"Gaceta de los hospitales civiles y militares de Paris."—"Periódico de las Sociedades Científicas."—"Revista Científica."—"La Naturaleza."—"Gaceta Hebdomadaria."—"Revista de Medicina," de Bouchard, Charcot y Chauvau.—"Anales de las enfermedades de los órganos genito-urinarios."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Lúcas Championière.—"Periódico de Medicina de Paris," de Lutaud.—"Boletin de la Academia de Medicina."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Bruselas.—"El Electricista."—"El Tiempo Médico," de Filadelfia.—"El Registro Médico."—"El Mundo Médico."—"Anales de Ginecología," de Boston.—"La Lanceta," de Lóndres.

SECCION EDITORIAL.

LA CUESTION DEL GAS DE AGUA

Hace poco tiempo apareció en la Capital de la República una Compañía Americana con el objeto de implantar en la Ciudad un nuevo (?) género de alumbrado conocido con el nombre de gas de agua. De acuerdo con la Secretaría de Fomento fué presentado á ambas Cámaras y en ellas fué aprobado un contrato por el cual se concede á la compañía mencionada, el derecho de introducir ese género de alumbrado que es sobre todo aplicable á los usos domésticos, toda vez que el alumbrado público consiste en instalaciones eléctricas y gas de hidrógeno carbonado obtenido por la destilacion del petórleo crudo.

Grande extrañeza nos causó saber que ni la Cámara de Diputados ni la de Senadores tuvieran en consideracion que, para dar cabida á una innovacion que puede poner en peligro la salud pública, es indispensable, lógico al menos, apoyar sus resoluciones sobre el dictámen emitido por alguna corporacion científica.

Ignoramos los motivos que se han tenido papara proceder de tal suerte, pero podemos asegurar que por poco que se analice la cuestion, se llegará á saber que el alumbrado por gas de agua, es en alto grado inconveniente y perjudicial á la higiene pública como lo demostraremos adelante.

La prensa política clama diariamente por las malas condiciones higiénicas en que se encuentra la capital, sin desconocer que la correccion de esos graves defectos no es cosa fácil ni mucho menos rápida. Esta misma prensa, sin embargo, ha dado poca importancia á la adopcion de un nuevo género de alumbrado que ha sido rechazado ya por el consejo de higiene de Viena, el comité de Salubridad pública de Paris, en muchas poblaciones de Inglaterra y los Estados Unidos del Norte, en las que este medio de alumbrado y de calefaccion, ha sido absolutamente prohibido para los usos domésticos y tolerado (en algunas de estas naciones) para los usos industriales, y esto, á condicion de llenar ciertas medidas especiales, considerando que la respiracion del gas de agua, es extremadamente peligrosa por los frecuentes casos de envenenamiento que se han dado. El Sr. Fichet habia ya expresado la opinion que siendo el poder calorífico del gas de agua, mitad menor que el del gas de hulla, su empleo como combustible industrial no realizaria ningun beneficio y crearia sí, un peligro enorme. La experiencia ha realizado sus temores.

Si su poder luminoso no es (como despues veremos) superior al del gas comun, ni su poder calorífico es superior al de los otros manantia-

les de calor de que la industria mexicana hace uso, no vemos cuáles son las ventajas que el público haya obtenido y qué razon haya para que los Sres. contratistas gocen de las prerogativas que les concede un contrato autorizado por el Congreso de la Union y la Cámara de Senadores.

Preparacion y composicion del gas de agua.

El procedimiento empleado para la produccion del *gas de agua* consiste esencialmente en hacer pasar vapores acuosos por retortas de hierro ó de barro, llenas de carbon de leña ó de cok calentado al rojo. Al contacto de esos cuerpos el agua se descompone formando una mezcla gaseosa que consiste esencialmente en hidrógeno, óxido de carbono, ácido carbónico é hidrógeno protocarbonado (este último en corta cantidad). El gas. despojado del ácido carbónico por la cal y casi enteramente compuesto de óxido de carbono y de hidrógeno, por más que no sea luminoso, se ha empleado para el alumbrado: 1º, segun el procedimiento de *Geuyembre* y *Gillard*, que consiste en fijar en el orificio de los mecheros, pequeños cilindros de platino que pronto se elevan hasta el rojo, á causa de la llama, y comunican á ésta propiedades luminosas, y 2º, segun un método consistente en impregnar (carburar) el gas de vapores ricos en carbono. Este último procedimiento es el más usado: la idea en que se funda fué emitida por *Jobard*, de Bruselas (1832). Teniendo el hidrógeno un coeficiente de difusion muy elevado, se exhala muy fácilmente por las junturas y pequeñas grietas de los tubos de conduccion, inconveniente que ofrece tanto más peligro cuanto que ese gas no puede, como el de alumbrado, conocerse inmediatamente por el olor.

Las indicaciones relativas á la composicion del gas de agua son muy diferentes: así dicen *Jacquelin* y *Gillard* que el gas obtenido por ellos es una mezcla de hidrógeno y ácido carbónico, que despojada de este último por medio de la cal, se compone esencialmente de hidrógeno. Otros sostienen con más fundamento que su gas encierra óxido de carbono é hidrógeno. Los resultados que *Langlois* consiguió, están de acuerdo con esta última opinion. Para formar 1 molécula de óxido de carbono se necesita otra de vapor de agua, cuyo hidrógeno queda libre: $C+H^2O=CO+H^2$

Si entonces el vapor de agua encuentra óxido de carbono á una temperatura más elevada todavía que la del rojo oscuro, que es necesaria para la reaccion precedente, el óxido de carbono quita (conforme lo ha comprobado *Verzer* con experimentos), en circunstancias favorables, el oxígeno del vapor de agua para trasformarse en ácido carbónico, en tanto que queda libre otra cantidad de hidrógeno: $CO+H^2O=CO^2+H^2$.

La trasformacion del ácido carbónico en óxido de carbono por absorcion de otra molécula de carbono, no puede efectuarse sino en el caso en que el ácido carbónico producido no se extraiga del aparato con una rapidez suficiente y quede en contacto con el carbon rojo, por espacio de algun tiempo. Segun el procedimiento de *Tessié du Motay* y *Marechal*, que puso en práctica la *New York Oxygen Company*, se prepara el gas de agua calentando carbon con hidróxido de calcio en retortas de hierro: $2C+2Ca(HO)^2=2H^2+2(Ca,CO)^2$.

El procedimiento para la fabricacion del gas de agua, dice Ure, está basado en la descomposicion del vapor sobre carbon: coke ó metal candente. Se produce, hidrógeno, óxido de carbono y ácido carbónico. Al analizarse el gas obtenido por el paso del vapor sobre carbon candente durante algunas horas, dió un promedio de ácido carbónico 20%, óxido de carbono 20%, hidrógeno 60%. Cualesquiera clase de carbon puede efectuar esta descomposicion; si algun metal estuviere presente, tal como el fierro, aumenta la cantidad de hidrógeno obtenido segun la siguiente reaccion:

$$4HO+2Fe=Fe^2O^4+4H.$$
$$4HO+3Fe=Fe^3O^4+4H.$$

Esta mezcla de gases es inflamable y arde con una flama sin poder luminoso pero sí calorífico, cuya temperatura aumentaria si previamente se quitase el ácido carbónico, supuesto que la temperatura de la flama del hidrógeno es de 3,776° Fahr. Este calor de la flama es una ventaja indudable cuando el gas está carbonizado, pues las partículas de carbon se elevan al rojo blanco; pero por otra parte, la presencia en este gas de una cantidad de óxido carbono es igualmente desventajosa por su carácter excesivamente tóxico. El ácido carbónico es un

gas perjudicial, pues su accion sobre el organismo no es la de un veneno activo, pero sí impide que penetre en los pulmones la cantidad necesaria de oxígeno, y de ahí la muerte por sufocacion. Se calcula que el 20% de óxido de carbono en la atmósfera es suficiente para causar la muerte, por cuya razon debe tenerse mucha precaucion en el uso de un gas que lo contiene en cualquiera cantidad.

El gas de alumbrado extraido de carbon de piedra y purificado para su venta segun experimentos, contiene desde una cantidad nula hasta un 4% de ácido carbónico y de 7 á 9% de óxido de carbono en sus constituyentes, y todavía ese gas es considerado como nocivo á la salud. en las habitaciones.

Se ve palpablemente pues, que el gas de agua es eminentemente tóxico por la presencia en su composicion de una cantidad de óxido de carbono que constituye la mayor parte de su poder luminoso, circunstancia que lo hace sumamente barato, y de cierta cantidad de ácido carbónico que es imposible eleminar cuando se fabrica en grande escala.

Segun Schiller, existen dos clases principales de gas de agua. El primero se obtiene haciendo pasar una corriente de vapor de agua sobre carbones incandescentes. Como el vapor enfria el brasero, éste debe ser reavivado de tiempo en tiempo por la llegada de cierta cantidad de oxígeno. La produccion de gas de agua es intermitente en este caso.

En el segundo, la produccion es continua, porque se hace pasar á la vez cierta cantidad de aire que sirve para la combustion y cierta cantidad de vapor de agua; se obtiene entonces un gas mitigado por el azoe del aire. El procedimiento más empleado para obtener este gas mitigado es el de Dowson. Los dos análisis siguientes practicados por Schiller, dan la composicion por 100: 1º del gas de agua tal como es empleado por Sulzer y Winterthsur; 2º del gas mitigado (sistema Dowson) empleado en la manufactura de sombreros de Zurich.

1º Gas de agua puro.

CO^2	10,0	á	0,5
CO	39,0	á	42,0
H	46,0	á	49,0
Az. y otros gases	5,0	á	8,5
	100,0		100,0

2º Gas mitigado (Dowson).

CO^2	5,4	á	6,1
CO	22,6	á	23,5
O	0,5	á	0,6
H	16,5	á	18,5
CH^4	0,4	á	1,6
Hidrocarburos pesados	0,4	á	2,2
H^2S (Hidrógeno sulfurado).	Huellas.		
Az	49,0	á	52,3

No nos ocuparemos de dar la descripcion de los procedimientos de White (15% de óxido de carbono), Leprince, Isoard, Baldmus y Grünegkirkham, porque ellos se refieren al gas de agua carbonado, ó bien intervienen en ellos otras sustancias como el cannel-coal ó el boghead, la benzina, el petróleo, etc., que si no destruyen los gases tóxicos, sí mejoran las condiciones luminosas de la llama.

Accion fisiológica del gas de agua.

Hé aquí los resultados á que han llegado Wyss y Schiller experimentando sobre animales (conejos, gatos, ratones y cullos).

La mezcla del gas de agua no se revela de ninguna manera por el olfato; en el caso en que se emplea la hulla piritosa, el gas tiene un olor de hidrógeno sulfurado.

El gas de agua puro y el gas de Dowson son venenos temibles. Los síntomas observados en el envenenamiento por el gas de agua, son los mismos que los que produce el óxido de carbono; la hemoglobina oxicarbonada siempre se ha encontrado en la sangre.

La dósis fatalmente mortal. es desde 1 por 100 en el gas puro y 1,5 por 1,000 en el gas mitigado.

El gas puro produce ya síntomas tóxidos á la dósis de 1 por 1,000; el gas mitigado á la de 3 por 1,000. Abajo de esta concentracion, ninguno de los dos gases determinan efecto apreciable.

Los gatos presentan menos resistencia; mueren en una atmósfera que no contiene mas que 0.6 por 100 de gas de agua puro; los animales jóvenes mueren más pronto que los viejos.

El principio tóxico del gas de agua es el óxido de carbono. Si se aplica á estos gases los valores que Max Gruber ha encontrado para el óxido de carbono, se debe concluir que para el hombre el límite inferior tolerable es de 0,5 por

1,000 para el gas de agua puro y de 0.8 por 1,000 para el mitigado.

En consecuencia, valdria más que la industria renunciase al uso de materia tan peligrosa. El peligro resulta de que el gas es inodoro; se ha pensado en unirle un principio odorífico: en la América del Norte se le agregan los productos residuales de la fabricacion del petróleo; en Essen se sirven de dósis mínimas de mercaptan, el asafétida ha dado buenos resultados; todo lo cual sirve para precaver á los obreros, como con un toque de alarma, pero no para hacer desaparecer sus propiedades tóxicas.

El óxido de carbono, al penetrar en el pulmon, se combina con la hemoglobina de la sangre y forma la hemoglobina oxicarbónica. El glóbulo sanguíneo que ha sufrido esta combinacion, no puede ya volver á tomar oxígeno; en consecuencia, es un cuerpo que deja para siempre de llenar sus funciones. El envenenamiento por el óxido de carbono es, pues, irremediable, cuando la mayor parte de los glóbulos han sufrido esta transformacion. Se ha intentado la transfusion de la sangre para suplir los glóbulos oxicarbonados, pero no se ha podido obtener con esa operacion beneficio alguno. Los que, como Claudio Bernard, han estudiado á fondo la cuestion del envenenamiento por el óxido de carbono, enseñan á temer este veneno que es uno de los más terribles que existen. Respirado en corta cantidad, produce vértigos, dolores de cabeza, compresion de las sienes y opresion; estos síntomas se observaban con frecuencia en Zurich, en donde se empleaba el gas mitigado, y cuya repeticion frecuente motivó las investigaciones de Schiller, que hemos apuntado en el párrafo anterior.

El Consejo Superior de Salubridad debe tomar iniciativa en este punto que es de su especial incumbencia.

Creemos que el Consejo Superior de Salubridad está obligado á hacer una representacion á la Secretaría de Gobernacion, para que á su vez el ciudadano Secretario de este Ramo, se sirva hacer patentes al ciudadano Presidente de la República, los serios inconvenientes que resultarán de la instalacion, para domicilios, de un género de alumbrado que no ha sido sancionado por las corporaciones científicas más eminentes del mundo. Si no puede impedir que la higiene de la ciudad adolezca de las malas condiciones que todos conocen, trate al menos de que la salubridad no empeore, agregando un defecto más al aire que respiramos. Tal vez á consecuencia del bajo precio á que la compañía pueda expender su gas, tanto por razones de competencia, cuanto porque la materia prima (agua, carbon, etc.), es relativamente barata con relacion á lo que cuestan las maderas resinosas, (la trementina, la benzina, otros hidrocarburos, el petróleo, la hulla y la turba), el alumbrado se generalice, y en este caso, el mal producido es casi irremediable. Por nuestra parte, creemos de nuestro deber dirigir una EXCITATIVA Á LA PRENSA POLÍTICA Y Á LOS MÉDICOS que ejercen su profesion en la capital, para que hagan públicos los datos que hoy suministramos, que son, como se ve, bastante poderosos para llevar la conviccion á los más despreocupados en materia de higiene pública.

DE LA MODIFICACION DE LOS COLORES
DEBIDA A LAS DISTANCIAS.

Por el Dr. J. A. Echávarri.

Fuera supérfluo encomiar el interes de una cuestion que, como la propuesta, abunda en aplicaciones prácticas, y de cuyo estudio se deducen conclusiones altamente importantes. Señalarlas, mencionar algunas de ellas, es asunto para más tarde: hacerlo ahora seria prematuro.

Se sabe, á propósito de las personas (y aquí tomo el fenómeno en su forma más abstracta) que el alcance de la vista ofrece variaciones segun el medio de iluminacion. El color de los objetos tambien se modifica por la doble influencia de la distancia y de la clase de luz que los ilumina. Así, por ejemplo, los cuerpos verdes á la luz del dia, parecen azules á la de una lámpara. Un poco antes de la salida del sol, un objeto puede parecer blanco y, sin embargo, visto al medio dia es azuloso; si es blanco á la luz de una lámpara, á los rayos solares, vése amarillo ó moreno (Chevreul). Sabido es de público que las teces morenas, parecen más blancas á la luz de las bujías.

La distincion del color de un objeto se hace á una distancia tanto mayor, cuanto más se destaca sobre la coloracion de los otros objetos que le sirven de fondo.

El color que se altera menos y se percibe á mayor distancia es el blanco: segun el Dr. Vincent no deja de ser distinguido mientras el objeto mismo lo sea.

A la luz estelar no es posible distinguir los colores del espectro: lae scala crómica está formada de los matices comprendidos entre el gris claro y el negro.

Comienza á ser percibido el color rojo á una distancia de 10 á 13 metros cuando la luna se halla en el primer cuarto. En el plenilunio, los colores amarillo y rojo pueden reconocerse á 25 ó 30 metros, el azul á 12, y el violeta á 5.

Las distancias crecen á la luz eléctrica: en efecto, el rojo y el amarillo se ven perfectamente á 40 ó 50 metros, el azul á 60, el verde á 30, el violeta á 25. Téngase entendido que estas cifras han sido obtenidas en las condiciones menos favorables para la observacion, porque en ciertos casos (cuando el objeto cuyo color se trata de apreciar, está cercano y completamente iluminado por el foco eléctrico, y el observador se encuentra del lado opuesto al que ocupa dicho objeto, de tal modo que el foco luminoso se halle entre uno y otro), la distancia á la cual se distinguen los colores es bastante considerable.

A la luz del gas de alumbrado he encontrado que empiezan á distinguirse: el rojo á 20 metros, el amarillo á 30, el azul á 15, el verde á 10 y el violeta á 8.

Con el alumbrado de gas líquido las distancias á que se ven los colores son tan cortas que no merecen fijar nuestra atencion. [1]

Pero no siempre se presentará el caso de que el testigo tenga que observar un color simple: sucederá, y no pocas veces, que la cuestion verse sobre dos ó más colores combinados, es decir, que un cuerpo presente dibujos de colores múltiples; entonces la superficie vista á distancia, aparecerá uniformemente colorida, con el matiz que resulte de la mezcla ó combinacion de los colores componentes. En medicina legal esto puede tener sus aplicaciones; tal es el caso que copio de la obra de Paulier y Hétet. "Un testigo que afirma haber visto, más allá de cincuenta metros, á un delincuente vestido de una blusa gris, aun cuando sea de cuadritos negros y blancos, dice la verdad."

1 Por razones inútiles de exponer aquí no me fué posible verificar las experiencias con miopes y présbites; las cifras que arriba dejo apuntadas corresponden á personas hemétropes.

En el terreno en que ahora nos hemos colocado, más quizá que cuando se trata del reconocimiento de una persona, se debe averiguar cuál es el estado de los órganos de la vision; pues existen afecciones oculares que podrian pasar desapercibidas y que su descubrimiento importa en la explicacion de hechos aparentemente contradictorios. Para mayor claridad, voy á servirme de un ejemplo: dos individuos son citados ante un tribunal como testigos de un crímen cometido; ambos aseguran que no conocen al acusadó, pero uno de ellos dice haberle visto en el momento en que perpetraba el crímen, envuelto en un sarape rayado rojo y negro, y el otro afirma que el sarape en cuestion era listado de verde y negro. De la averiguacion que se hace con objeto de descubrir la verdad, se viene en conocimiento de que es exacto que el acusado, el dia en que el crímen fué cometido, llevaba un sarape rojo y negro, y no verde y negro, segun afirma el segundo testigo. ¿Cómo saber, entonces, si la persona sobre quien recaen las sospechas es ó no el delincuente? De los dos testigos ¿quién es el que dice verdad? A primera vista parece haber una cóntradiccion, y, sin embargo, lo que cada uno asegura puede ser cierto, si de las investigaciones periciales resulta que el segundo de dichos testigos está afectado de *daltonismo*. Así, pues, lo que en un principio pudo tomarse como simple sospecha hácia el individuo acusado, puede pasar á ser un dato (á pesar de la aparente notoria contradiccion), que reunido á los demás del proceso llegará á tener cierto valor.

Y ya que he tocado este asunto, no quiero dejar pasar la oportunidad de hacer algunas reflexiones acerca de los serios inconvenientes del *daltonismo* en las personas que ejercen ciertas profesiones que exigen el conocimiento exacto de los colores. Esta cuestion, tratada en los libros de higiene, á mi juicio, toca tambien á la medicina legal, supuesto que, como despues se verá, puede dar ocasion en algunos casos, á lamentables accidentes, que originen desgracias personales, y de cuyos hechos debe conocer la justicia y dar su fallo, una vez descubierta la causa de los perjuicios causados. Quiero hablar de los *marineros* y de los *empleados de ferrocarril*. Me fijaré principalmente en estos últimos, en vista del incremento que entre nosotros ha tomado la construccion de las lí-

neas férreas. Llamar desde ahora la atencion sobre la uecesidad de tener en los caminos de fierro, empleados que ni comprometan los intereses de las empresas, ni expongan las vidas de los viajeros, es evitar muchas desgracias en lo porvenir.

No es indispensable, sin embargo, que todo el personal de una vía férrea tenga perfectamente normales é íntegras sus facultades visuales. El Dr. Carmalt[1] cree que los empleados de primera clase (maquinistas, fogoneros y guardavías) deben tener en ambos ojos la agudeza normal de la vision ($\frac{20}{xx}$) y la percepcion neta y completa de los colores; los empleados de segunda clase (en la cual están incluidos los demás) deberán tener un poder visual cuando menos de $^3/_5$ en un ojo y de $\frac{1}{2}$ en el otro, siendo perfecta la facultad de distinguir los colores con un ojo, aun cuando en el otro haya un defecto de percepcion que no pase de $\frac{3}{4}$. El autor citado asegura que los empleados de primera clase están expuestos, más que nadie, á contraer el defecto de que vengo hablando, pues que de sus investigaciones resulta ser de treinta y seis años la edad média en que empieza á aparecer en ellos la ceguera del color. "Estos hombres, dice, son exonerados actualmante del servicio (del ferrocarril de New Haven and Northampton) antes de que lleguen á la edad en que la experiencia ha enseñado que un mayor ejercicio en sus trabajos, expondria las vidas de los pasajeros y los intereses de las compañías."

Se ha prestado tan poca atencion á esta materia, que difícilmente se encuentran ejemplos en los cuales la ceguera del color haya sido causa de accidentes; pero un caso notable referido por el Dr. George C. Harlan, ha podido ser descubierto no há mucho tiempo. "Ocurrió, hace ya varios años, cerca de Norfolk, un choque entre la barca "Lumberman" y el *steamer* "Isaac Bell," por cuyo motivo perecieron diez personas. La averiguacion que se hizo no dió resultado plausible; creyóse que uno de los pilotos estaba ebrio. El piloto del Lumberman fué examinado recientemente por un cirujano de marina, quien lo encontró afectado de la ceguera de colores, y aun se dice que el otro piloto adolecia del propio defecto." Luego añade: "En la averiguacion del famoso accidente del puente colgante de Norwalk, pudo demostrarse que la señal se colocó convenientemente y que no fué vista.[1]

1 *The American Journal of the Medical Sciences.* Philadelphia, April 1881, pág. 549.

¿El siniestro acaecido en el Ferrocarril Central el dia 22 de Mayo de 1883, no habrá reconocido un orígen semejante? ¿La causa de ese accidente. seria acaso la misma que se supone en el caso anterior? Júzguese, si no, por el informe del ingeniero inspector de la vía (que se publicó en el *Diario Oficial* del dia 12 de Junio). De ese informe tomo los párrafos siguientes:

"Despues de haber llovido casi dos dias, cayeron en la tarde y noche del dia 21 algunos aguaceros abundantes, que hicieron que por los arroyos bajase alguna agua que debilitaba el asiento de los caballetes que sostienen las trabes de los puentes provisionales; de modo que para evitar un accidente en el tren de pasajeros que salió en la tarde de este dia de Leon á Lagos, presencié que no se pasaron los puentes sin haberlos reconocido previamente: despues de este tren, y como con dos horas de diferencia pasó el tren de carga, que llegó bien, sin embargo de no haber tomado el conductor precaucion alguna al pasar los mismes puentes."

"La máquina que trasportó el tren de carga mencionado, salió como á las dos de la mañana del dia 22 para el rumbo de México; á esa hora el puente número 3 del rio de Hornillos se encontraba bastante mal, y el encargado de armar el puente de fierro que se estaba colocando como á 200 metros del puente, hizo señal al maquinista, con linterna roja, de que no pasase, pero continuó su viaje; el velador, más eficaz, y que estaba muy próximo al puente, además de las señales con linterna roja, se acercó á hablarle al maquinista y recibió un golpe con la máquina que lo maltrató mucho, sin que por eso se detuviera el tren; pasó bien este puente; pero el que seguia en el rio de Santiago, indudablemente estaba peor, porque intentó pasarlo, sin atender á las señas que tambien le hizo el velador, y se precipitó luego la máquina al fondo del rio con el tender, y se volcaron cuatro furgones; el fogonero pudo brincar, y aunque muy maltratado, se libró de la muerte que le esperaba, como le sucedió al maquinista, que sucumbió víctima de su imprudencia."

1 The American Journal of the Medical Sciences. Loc. cit.

Hará como siete años que hubo un choque entre dos trenes de la línea "Paris-Lyon-Mediterráneo;" la catástrofe produjo grande alarma, y la prensa acusó de negligencia á la Compañía, exigiendo se procediera con la mayor severidad al descubrimiento de los verdaderos culpables; pues no se supo, al ménos de pronto, cuál habia sido la causa del accidente.

Estos dos últimos casos, si bien es cierto que en rigor, no pueden citarse como ejemplos, en los cuales la falta ó el defecto de percepcion de los colores haya sido la causa del siniestro, empero dan lugar á la duda, máxime cuando, como antes dije, el *daltonismo* es excesivamente frecuente en los empleados de ferrocarril. Como una prueba de ello, hé aquí algunos datos estadísticos:

En 1880 dispuso la Legislatura de Conecticut (Estados Unidos) que se examinara á los empleados de los caminos de fierro del Estado; de los 1,950 hombres reconocidos, resultaron 68 ciegos del color y 196 de vision imperfecta. (Carmalt). Proust [1] en una nota de su obra, refiere que el Dr. Favre encontró en 1,050 individuos, 98 daltónicos que se equivocaron sobre uno ó más colores; 37 de estas personas, despues de vacilar, rectificaron su yerro, quedando, por consiguiente, 61 daltonianos, ó lo que es lo mismo, 1 sobre 17,2, incapaces de reconocer ciertos colores. Once no pudieron percibir el rojo.

Del personal del ferrocarril de Finlandia, segun L. Krohn, 43 individuos no estaban en estado de distinguir el rojo del verde.

Se ha comprobado en una de las líneas de Suecia que un 10 por 100 de los empleados eran daltonianos, al grado que no pudieron distinguir entre sí el verde, el rojo y el blanco.

Ahora bien, siendo como son tan repetidas las desgracias en los caminos de fierro, [2] debe procurarse, hasta donde sea posible, alejar las causas que las producen, y una de ellas, á no dudarlo, és la de que me vengo ocupando. Teniendo el Ministerio del ramo el deber de garantizar, en los límites de lo hacedero, las seguridades que el público pueda apetecer, no debe escasear los medios conducentes á tan laudable fin. No con otro objeto hay en cada ferrocarril uno ó más ingenieros inspectores que vigilan la buena y sólida construccion de la vía, su uso y mantenimiento; pero no es esta la única precaucion que debe tomarse para garantizar las vidas de los viajeros: el exámen del personal empleado en el servicio, se hace indispensable. ¿Quién debe ejecutar los reconocimientos? En mi concepto, y aventurándome á emitir á este respecto una opinion, pienso que así como el Gobierno tiene cerca de cada Compañía uno ó más ingenieros que le representen para vigilar el buen estado del camino y del material empleado en su explotacion, debe igualmente nombrar un médico inspector, que asociado con el médico de cada línea, examine á los empleados de ella cada cierto tiempo, con objeto de reformar ó mejorar el personal. Creo que de este modo se alejarán, si no todos, al menos un gran número de accidentes en las vías férreas; y en caso de que alguno ocurriere, los inspectores delegados del Gobierno (médicos é ingenieros), sabrán y demostrarán cuál fué el motivo del fracaso para que la justicia castigue al culpable ú obligue á la Empresa á pagar los daños ocasionados, si el suceso dependiere de su negligencia ó mala administracion. Felizmente contados han sido hasta hoy los accidentes habidos en los ferrocarriles mexicanos, pero esto se debe á su poca extension. Y sin embargo, ¿quién ha indemnizado, y cuándo, los perjuicios causados? Nadie lo sabe. Al principio la vehemencia de los artículos de la prensa, la descripcion, quizá exagerada, de los testigos presenciales, hacen que todo el mundo se interese y hable del suceso; llega el asunto á los jueces, lo estudian durante meses y años enteros; poco á poco se va olvidando, hasta que nadie se vuelve á ocupar de tal cosa. Y los desgraciados que sucumbieron en la catástrofe quedan enterrados, llóranles sus hijos y sus viudas que, cuando bien les va, reciben una corta cantidad, producto de las suscriciones abiertas para socorrer á las familias que quedan desamparadas en garras de la orfandad y la miseria. Los heridos, si curan, quedan horriblemente mutilados, tal vez incapacitados para trabajar; mientras, los accionistas del ferrocarril en cuya red tuvo lugar el siniestro, reciben pingües dividendos, hacen subir de valor sus bonos y siguen aumentando su crecido capital...... Sobre este punto nues-

1 Traité d'Hygiène. Paris, 1877, pág. 259.

2 En Francia los accidentes de ferrocarril son, por término medio, cinco veces más frecuentes que en Inglaterra; ocho veces más que en Bélgica, veinte veces más que en Alemania.

tra legislacion es enteramente muda, y ya era tiempo de que se llenase el vacío que existe en nuestros Códigos.

En la marina, los errores en que incurren los daltonianos, son de más fácil rectificacion. No quiero decir con esto que sea indiferente tener á bordo empleados que puedan ó no distinguir los colores que les sirven de señales; no. Muy al contrario: es indispensable (sobre todo en la marina mercante, en la cual el servicio de cada buque está cubierto con un número menor de plazas que en la marina de guerra), es indispensable, repito, exigir en el personal empleado un conocimiento exacto de los colores.

La importancia médico-legal y las trascendentales consecuencias á que puede dar márgen el daltonismo, me obligaron á escribir estas cortas consideraciones.

REMITIDOS CIENTIFICOS.

OVARIOTOMIA.

EXTIRPACION COMPLETA DE UN QUISTE OVÁRICO. CURACION RADICAL EN QUINCE DIAS.

Impulsado por el íntimo convencimiento que abrigo del deber que tenemos todos y cada uno de los médicos, de impulsar y dar brillo, cada cual en su esfera y sus aptitudes, á la Medicina y Cirujía nacionales; convencido, como estoy, de que solo el esfuerzo colectivo puede dar un fruto maduro, y siendo la publicidad el único medio de dar á conocer en nuestros grandes centros científicos los múltiples é importantes trabajos, que diariamente se ejecutan y quedan en la sombra ignorados; en los Estados, por las enormes distancias, las más veces por la natural indolencia característica de nuestra raza, por la falta de contacto con esos centros ó por lo que se quiera; por vez primera rompo los lazos de ese indiferentismo, parte apatía, parte timidez, propia del que no tiene hábito ni tamaños para escribir para el público.

Me propongo dar á luz varios casos médico-quirúrgicos de cosecha propia, con la mira única de ayudar con mi grano de arena para que, conocidos los diversos trabajos emprendidos en nuestro país, sirvan de elemento para formar estadísticas que representen la expresion gráfica, siquiera aproximativa, de los adelantos nacionales concernientes á nuestra noble profesion.

Allá por el año de 80, recien concluida mi carrera médica, pude presenciar en Paris repetidas veces aquella *sans façon* con que el ilustre Profesor Péan practicaba la laparatomía en busca de quistes ováricos, y trataba familiarmente con el peritoneo: esta manera de obrar era casi inofensiva, lo cual me sorprendia en extremo, pues mis conocimientos teóricos me hacian figurar esta serosa tan inflamable como la pólvora. Animado por aquellos éxitos tan constantes del insigne operador, siendo el *modus faciendi*, así como el instrumental, gracias á los adelantos modernos, notablemente simplificados, abrigué desde entonces el deseo íntimo de no excusar, por timidez, operaciones de esta naturaleza, en las que la intervencion quirúrgica es, las más veces, la única tabla de salvacion para tantas infelices mujeres.

Me voy á permitir extractar de mi libro de historias médicas, lo más suscinto posible, el siguiente caso quirúrgico:

En la Ciudad de Alamos, Sur de Sonora, se presentó á mi consulta una señora, Gertrudis Esquer, originaria del Distrito de Sahuaripa, Sonora. Como de 63 años de edad, viuda cuatro veces, multípara (todos sus partos naturales y de término), de buena constitucion, de temperamento nervioso sanguíneo, antes bastante robusta, ha gozado anteriormente siempre de excelente salud. Desde hace como 2 años se percibió que le crecia una bola en el bajo-vientre, cargada al lado izquierdo, sin dolerle ni molestarle casi para nada. Pero de poco tiempo á esta parte, habiéndole aumentado de una manera considerable de volúmen dicha bola, las molestias han sido tales, que la obligaron á emprender, á caballo, por cerranías, un camino penoso de más de 80 leguas, en busca de recursos médicos.

El exámen preliminar hecho el 20 de Julio de 1888, me hizo concebir la idea de que se trataba de un tumor intraperitoneal, de grandes proporciones, como de 45 centímetros en su mayor diámetro, vertical, y 35 próximamente en el sentido transverso; figurando un ovoide, fluctuante, conteniendo probablemente un líquido; de naturaleza benigna, por su marcha lenta, indolente y sin atacar profundamente la economía. Tiene este tumor la particulari-

dad de estar más cargado al lado izquierdo, donde tuvo su desarrollo primitivamente. Está completamente independiente del útero, el cual está fuertemente rechazado en ante y lateroflexion. En cambio el ovario izquierdo parece hacer cuerpo con el tumor.

Por exclusion casi se impone el diagnóstico de un quiste ovárico, unilateral, y las presunciones se aumentaron con una puncion exploradora á la vez que paliativa, hecha con trocar grueso sobre la línea alba. El líquido extraido, fuertemente cargado de albumina, correspondia á un lóculo del quiste, por lo que supuse seria este multilocular.

Examinada mi enferma por el Dr. Gutierrez, rectificó este señor mi diagnóstico en todas sus partes, y excuso enumerar los largos y cansados razonamientos que nos indujeron á fijar nuestro parecer, por no hacer más fatigoso mi relato.

Expuesto el diagnóstico y pronóstico á mi enferma y á su familia, y convencidos de que no quedaba más solucion de tan difícil problema que la intervencion quirúrgica, pues la señora reside en la tierra clásica de los apaches, desprovista de todo género de recursos, especialmente médicos, no vacilaron en aceptar la operacion propuesta, la ovariotomía. Unicamente se aplazó ésta para fines de Septiembre, tiempo en que ya pasan los calores excesivos, 96° y 98° Fahrenheit, que hacen muy penosa la cama.

Despues de tomadas con tiempo todas las medidas del más riguroso aseo, desinfeccion de la habitacion y ropas, y ceñido estrictamente á los preceptos de la antisepsia más completa, se administró dos dias antes de la operacion un purgante y al dia siguiente varias dósis de bismuto, para producir la constipacion y descomposicion de los gases intestinales que pudieran formarse.

El dia 26 de Septiembre procedí á la operacion, encargándose del cloroformo el Dr. Gutierrez. A falta de médicos en la poblacion, improvisé ayudantes muy poco expertos. Hecha la incision sobre la línea blanca, pude llegar hasta el tejido célulo-grasoso sub-peritoneal, sin necesidad de una sola ligadura. Asegurada la hemostásis, perforé el peritoneo, entrando en seguida de lleno en la cavidad peritoneal. Como me pareciera muy pequeña la herida, en proporcion con el tumor tan grande, entre dos dedos guié las ramas de una tijera fuerte, para ampliar la incision hasta tres centímetros arriba y á un lado del ombligo. Se abocó entre los labios de la herida la superficie tersa y perlada de nuestro quiste, surcado en diversos sentidos de vasos de alguna consideracion. Desde luego reconocí en la pared anterior del quiste la cicatriz de la puncion hecha mes y medio antes, sin haber contraido adherencia alguna. Tuve el capricho de hundir de nuevo, en ese mismo sitio, mi trocar, para vaciar un tanto la bolsa quística. En efecto, se vació; pero solo el mismo lóculo que por vía de exploracion habia puncionado entonces, y fué necesario perforar el tabique divisorio para caer en el lóculo vecino, que era de grandes dimensiones. El líquido del primer lóculo fué del mismo carácter que el que hizo salir la puncion primera, muy fluido, color jugo de limon. El del segundo lóculo es espeso, algo más oscuro, pero glutinoso, haciendo hebras y escurriendo con bastante dificultad. Cerciorado de que no habia adherencia alguna y abocándose el tumor á la herida, bastó un pequeño esfuerzo de impulsion comunicado á su pared posterior y fijada la pared quística con pinzas de fijacion, sin extraer el trocar, para que el tumor en masa se precipitara fuera de la herida. Una vez fuera del vientre, abrí dos bocas amplias con tijera, por no tener trocar del grueso del de Spencer Wells, y mediante una presion suave acabé de escurrir el contenido. Como uno de los cortes de tijera diera alguna sangre, apliqué sobre la marcha el aprieta-nudo de Cintrat y arriba de la estrangulacion metálica, puse una fuerte ligadura de seda, con lo que cesó en el acto la pérdida de sangre. Corté la bolsa inmediatamente arriba de la constriccion y procedí al aseo de la cavidad peritoneal y de la pared exterior del vientre. Esto lo hice, como lo recomienda Koeberlé, con una solucion al $^{1}/_{10}$ de sulfito de sosa, y procuré que los dos pulverizadores que estaban funcionando con solucion carbólica, no estuvieran al alcance de la incision.

Dividí una pequeña adherencia de un divertículo grasoso de peritoneo á la pared anterior del quiste y como sangrara lo sujeté con una ligadura, que se fijó fuera de la herida.

Hechas las suturas profundas y superficia-

les, quedó el pedículo asegurado y fijo á la superficie con dos agujas colocadas en cruz. Cubierta la herida con iodoformo, y puestos el apósito listeriano y su vendaje respectivo, volvió la enferma de la anestesia, en calma y sin muestras del menor sufrimiento. Toda la operacion habia durado poco menos de una hora. Se trasladó á su cama y pasó todo lo más del dia durmiendo y sin las apariencias de una operacion grave.

Se ordenó extraer la orina cada 5 ó 6 horas: fragmentos de hielo, leche helada y reposo absoluto.

2º dia (27 Septiembre).—Poco dolor en la herida; sensacion de llamas interiormente; sueño bastante tranquilo todo lo más del dia. Se hicieron tres extracciones de orina con la sonda. No hubo calentura, pulso 75. En la noche se sintió algo irritada; sudó y se durmió profundamente.

3º dia (28 Septiembre).—Aspecto general excelente: está de buen humor. Meteorismo, que cedió con la expulsion de gran cantidad de gases. Disminuyen las llamas y no hay dolor ninguno.

8½ A. M.	T. 37.°3	P. 70
1½ P. M.	„ 37,°6	„ 70
5¾ „ „	„ 37.°5	„ 70

Se hizo la primera curacion: no hubo supuracion; la herida está cerrada por primera intencion. Sus bordes, del color del resto de la piel. Omití los cinco alfileres de la sutura superficial, quedando bien aglutinados los labios de la herida. Expulsa sola su orina y en cantidad regular.

4º dia (29 Septiembre).—Pasó muy buena noche.—9½ A. M. T. 36.°8. P. 75. No hubo curacion. Sudó abundantemente á medio dia.

1 P. M.	T. 37°	P. 75
5 „ „	„ 37.°2	„ 75

5º dia (30 Septiembre).—Pasó muy buena noche. Aumentó la cantidad de orina. Hay tenesmo vesical, muy molesto. Aceite alcanforado y orchata de semilla de bule.—8¾ A. M. T. 37°. P. 72.

Segunda curacion listeriana. Una lavativa abundante.

6º dia (1º Octubre).—Pasó el dia muy molesta por 2 puntos de sutura profunda que le dolian mucho. Durmió regular.—9½ A. M. T. 37°4. P. 72.

Quité la 2.ª y 3.ª sutura profunda, escurriendo una gota de pus espeso á lo largo de cada hilo al quitarlas. La piel en ambos puntos está algo hinchada y rubicunda. Con los 2 puntos se quitó desde luego el dolor. Se ordenó una segunda lavativa, porque la primera quedó sin efecto. Sigue el tenesmo vesical, pero menos fuerte.

7º dia (2 Octubre).—Ninguna novedad.—9½ A. M. T. 37° P. 75.

No operó la lavativa: 2 cápsulas aceite castor.

8º dia (3 Octubre).—8 1¼ A. M. T. 36°5. P. 66.

Evacuó abundantemente, çesó el tenesmo vesical. Pasó muy buena noche. Quité las últimas 2 suturas profundas 4.ª y 5.ª, quedando solo el último alfiler, inmediata al pedículo. La herida está perfectamente adherida en toda su extension.

9º dia (4 Octubre).—8½ Pulso y temperatura normales. Ninguna novedad. No hubo régimen: se ordenan 3 píldoras catárticas y una lavativa.

10º dia (5 Octubre).—8¼ A. M. Pulso y temperatura normales. Se quitó el alfiler del pedículo. Este está flojo, bien apergaminado con el baño de percloruro de fierro que se le dió el dia de la operacion. Como la lazada ya no la oprime la sustituí con otra nueva bien apretada. La purga hizo muy buen efecto. El estado general es excelente. El apetito mejora. Toma ya su alimentacion de costumbre.

11º dia (6 Octubre).—10½ A. M. No hay ninguna novedad.

12º dia (7 Octubre).—No hay novedad.
13º „ (8 „ „ „ „
14º „ (9 „ „ „ „
15º „ (10 „ „ „ „ Cayó el pedículo y la ligadura que lo sujetaba. Estando la herida perfectamente cerrada, se le permite sentarse á ratos en la cama, lo cual hace sin sufrimiento ninguno. Se dió por terminada la curacion, entrando la enferma en convalecencia franca. Se le administró un laxante que se repetirá de cuando en cuando.

Alamos, Sonora, México. Noviembre 8 de 1888.

DR. ALFONSO ORTIZ.

NOTA.—La pieza anatómica que guardo en alcohol, consta de un lóculo enorme y otro más redu-

cido, que fué el que se puncionó dos veces, ocupando el plano anterior. Ambos están divididos por un amplio tabique muy resistente. Dentro del lóculo grande y cerca del pedículo de implantacion, están adheridos á la pared fuertemente engrasada una cantidad enorme de pequeños tumorcitos llenos de la misma serosidad del quiste, desde el tamaño de una naranja hasta del grueso de una uva del país, y aun más chicos, formando aglomeraciones y agrupamientos ascinosos, parecidos á la huevera del pescado y en partes simulando una mola.

REVISTA EXTRANJERA.

FISIOLOGÍA.

FRECUENCIA DE LOS ATAQUES EPILÉPTICOS EN CIERTAS HORAS DEL DIA.—El Dr. Feré ha notado que en 1,985 casos, 1,296 se producen de las 8 de la noche á las ocbo de la mañana; y gran número de ellos, de las 3 á las 5 de la mañana. Esto parece confirmar la idea expresada por otros escritores, que existe un periodo de depresion en las primeras horas de la mañana, durante el cual mueren mayor número de individuos.

PATOLOGÍA EXTERNA.

TRASPLANTACION DE LA PIEL DE UN CADÁVER, *por M. Bartens.*—Un aprendiz de cervecero sufrió en ambos piés profundas quemaduras por cerveza hirviendo, hasta arriba de los maleolos. Despues de seis semanas, se intentó la aplicacion de ingertos cutáneos. Al efecto, se tomaron del muslo de una anciana que habia muerto de piohemia, veinte minutos despues de la muerte, dos grandes colgajos de piel. Lavados con agua salada, desembarazados de su grasa, estos colgajos fueron cortados en pedazos de un centímetro de ancho por dos centímetros de largo y aplicados sobre las ulceraciones; se espolvoreó iodoformo y se envolvió en ouate. De catorce ingertos, doce prendieron en cada pié; al cabo de algunos dias eran sensibles al piquete de un alfiler y á un simple contacto. A los seis meses, el enfermo podia correr, hacer movimientos y tenia cicatrices flexibles.—(*Berliner klin. Wochenschrift*).

TERAPÉUTICA.

PROPIEDADES ANTISÉPTICAS DEL TRIBROMOFENOL. (*Grimm.*)—Esta sal se prepara mezclando soluciones acuosas de bromo y de ácido fénico: tiene la forma de cristales fusibles á 95° centígrados. Ingerida por la boca, no irrita la faringe. Aplicada en polvo fino sobre las heridas, provoca una sensacion dolorosa de comezon, las cauteriza superficialmente y modifica la superficie excitando sus granulaciones. Es, además, un poderoso desinfectante de las ulceraciones gangrenosas.

Una solucion amoniacal al centésimo de tribromofenol, destruye los microbios de la putrefaccion en el espacio de media hora, y su solucion al $^{3}/_{000}$ impide su desarrollo en la gelatina. En fin, el siguiente experimento da la prueba de sus propiedades desinfectantes: el Sr. Grimm ha sumergido en la orina, el suero sanguíneo y la infusion de carne en putrefaccion, un fragmento de gasa tribromofenolada; despues, comparativamente otro fragmento de gasa ordinaria, y ha comprobado que al dia siguiente, la primera no despedia ningun olor, mientras que la segunda olia mal aun despues de tres dias.

El tribromofenol puede, pues, recomendarse como tópico desinfectante y germicida, á la dósis de uno, dos ó tres centésimos, y más especialmente para la impregnacion de las piezas de curacion.—(*Dent. med. Zeitung, 1888*).

¿CUÁLES SON LOS MEDICAMENTOS QUE SE PUEDEN PRESCRIBIR SIN PELIGRO DURANTE LA LACTANCIA? (*por Fehling*).—Entre las sustancias experimentadas por el autor, se deben señalar las siguientes:

1º El salicilato de sosa: administrado á la dósis cuotidiana de 2,50 y á la de 3 gramos, llega á ser peligroso para el niño;

2º Los iódicos que, se sabe desde hace mucho tiempo, se eliminan por la glándula mamaria, deben ser prescritos con moderacion. El Sr. Fehling recuerda que la reaccion del iodo se encuentra en la orina de los niños cuya nodriza está sometida á la curacion iodoformada; 20 centígramos de ioduro de potasio, se pueden administrar sin inconveniente;

3º Entre los opiados, el autor señala, como impune, la ingestion cuotidiana de veinte á veinticinco gotas de tintura de opio de la farmacopea alemana y de 1 á 2 centígramos más de morfina.

4º La dósis máxima de cloral será de 1 á 3 gramos.

Al contrario, no admite el paso de las sales mercuriales á la leche y proscribe el uso de la atropina.—(*The N. Y. med. Record. Jul. 1888*).

LA ELEBORINA COMO ANESTÉSICO LOCAL.—

En el núm. 15 de la *Revista Médica de México* hemos hablado ya de la accion local de la eleborina, refiriéndonos á las investigaciones de los Sres. Vittorio y Uvidio. Como confirmacion de esos estudios, transcribimos los experimentos de los Sres. Venturini y Gasparini. Estos autores se han servido de una solucion titulada, de la que cada gota contiene medio milígramo de eleborina. Inyectadas tres ó cuatro gotas en el saco conjuntivo del conejo, se obtenia la anestesia de la cornea. Los primeros signos del restablecimiento de la sensibilidad de la cornea, aparecian al cabo de treinta minutos, poco más ó menos, despues del principio de la anestesia. En seguida, la sensibilidad se restablecia completamente, y el ojo en que se habia instilado la eleborina no presentaba, en los dias subsecuentes, ningun signo que revelara accion nociva del glucoside.

Como anestésico local en las operaciones oftalmológicas, la eleborina debe ser preferida á la cocaina. En efecto, la eleborina anestesía solamente la cornea y deja intacta la sensibilidad de las otras partes, lo que no sucede con la cocaina.

Las conclusiones de los autores son las siguientes:

La eleborina empleada, aun en solucion muy diluida, insensibiliza completamente la cornea, sin irritar ni la conjuntiva ni la misma cornea.

La insensibilidad obtenida por la eleborina dura mucho más tiempo que la anestesia cocáinica.

Anestesiando completamente la cornea, la eleborina no produce la flaxidez de los párpados.

No trae ninguna modificacion en el estado de las pupilas y de la presion intra-ocular.

Empleada en inyecciones hipodérmicas, la eleborina produce una anestesia local en el lugar del piquete. Sin embargo, como esta sustancia ejerce sobre el corazon una influencia tóxica muy intensa, no se debe inyectar en la region precordial sino con gran prudencia, y aun es mejor abstenerse completamente de esta práctica.—(*Journ. de Médecine de Paris*).

EL CIANURO DE ZINC EN LAS AFECCIONES CARDIACAS. (*Laschkewitsch*).—Segun el autor, el cianuro de zinc (*zincum hydrocyonicum sine ferro*) posee una accion favorable en los casos de palpitaciones, de dolores en la region cardiaca y en la arritmia por vicios valvulares ó por neurosis. En este último caso, la accion es más marcada.

Esta preparacion es conveniente, sobre todo, cuando la digital, la convalaria y los otros medicamentos cardiacos parecen irritar los órganos digestivos.

La dósis es de 5 á 6 milígramos en 24 horas. —(*Jour. de Med. de Paris*).

INCOMPATIBILIDAD DE LOS ANTISÉPTICOS.— Entre los antisépticos más empleados en cirugía y en higiene, existen las incompatibilidades siguientes: entre el sublimado y el iodo; el sublimado y el jabon; el ácido fénico y el iodo; el ácido fénico y el permanganato de potasa; el iodo y el jabon; el ácido salicílico y el jabon; el ácido salicílico y el permanganato de potasa; el jabon y la glicerina; el permanganato de potasa y el aceite.—(*Jour. de Med. de Paris*).

DE LA CREOSOTA EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR. (*Driver*).—El autor la emplea desde 1879 y no participa del entusiasmo de muchos médicos por este medicamento. Aunque, en general, es bien tolerada, la creosota es ineficaz contra la diarrea, la calentura y las lesiones pulmonares.

Solo debe hacerse una excepcion concerniente á la tísis tórpida de los escrofulosos: en estos enfermos produce verdaderas transformaciones; además, la toman fácilmente á dósis elevadas y prolongadas. Para no desacreditar este medicamento seria conveniente reservarlo tan solo para esta categoría de tuberculosos.—(*Berliner klin. Wochenschrift*).

ELECTRICIDAD MÉDICA.

DE LA SUSTITUCION DE LA SECCION PRODUCIDA POR INSTRUMENTOS CORTANTES EN LOS ÓRGANOS PROFUNDAMENTE SITUADOS, POR LA ELECTROLISIS, *por el Dr. Fort.*—En una Memoria presentada recientemente á la Sociedad de Medicina, en diversas notas, y en una comunicacion á la Sociedad de Medicina práctica de Paris, el autor ha llamado la atencion del cuerpo médico sobre la *electrolisis aplicada á los estrechamientos de la uretra.* Ha demostrado que sirviéndose de una lámina de platino, delgada y no cortante, se puede abrir paso en la sustancia de un estrechamiento uretral; de tal suerte, que se podria introducir una bujía, núm. 20, de la hilera de Charrière; despues de la

electrolizacion de un estrechamiento que no admitia más que una bujía, núm. 4, antes de la operacion.

Ha demostrado, además, que ese resultado es obtenido casi sin dolor, sin ningun peligro, en pocos minutos y sin que el enfermo pierda una sola gota de sangre. Hizo la demostracion pública en el servicio del Profesor Richet, sobre dos enfermos de la Sala de Saint Landry y de la Sala de Saint Jean.

El camino que traza con su *uretro electrolizador lineal,* es el resultado de una destruccion molecular producida por la accion química de la pila.

Cita tres observaciones minuciosamente detalladas como apoyo á sus asertos, y en ellas los enfermos han curado; en la última se trataba de una hipertrofia de la próstata, cuyo tejido pudo ser destruido con la misma facilidad que el tejido cicatricial.

GINECOLOGÍA.

DE LA OPERACION DE EMMET Ó TRAQUELORRAFIA. — (*Concluye.*) — *Operacion.*— Emmet, con los cirujanos americanos é ingleses, coloca á la mujer sobre el lado izquierdo; nosotros preferimos la posicion de la talla por ser más familiar y cómoda á los cirujanos franceses. Se comienza por anestesiar á la mujer y mantenerla en la posicion de la talla con la muleta de Clover, que suprime dos ayudantes y deja absolutamente libre el campo operatorio. Despues de haber lavado la vagina con una abundante inyeccion de agua á 40 ó 50 grados, lavado que es á la vez antiséptico y hemostático, se lleva suavemente el cuello á la vulva tomando el labio anterior con una pinza de grifos fina, conducida con el dedo ó colocada por medio de espejo, segun lo acostumbre el operador. Los grandes y pequeños labios quedando separados por medio de grandes separadores, el cuello y la desgarradura están al alcance y á la vista del cirujano.

Goodell reemplaza la pinza de grifos por un largo hilo de plata que atraviesa los dos labios. Atrae con el tenaculum la parte média del hilo y, despues del avivamiento. soltando la parte média y tirando de las extremidades, afronta la herida y guía las demás suturas. El punto capital es atraer el cuello y fijarlo. Los medios pueden variar, pero esta es una cosa secundaria sobre la cual es inútil extenderse más.

Despues de haber aproximado los labios al cuello con tenáculos, á fin de determinar bien el lugar del canal cervical y estudiar qué cantidad de tejido conviene sacrificar, se procede al avivamiento que, como ya lo hemos dicho, debe atacar todo el tejido cicatricial. Unos prefieren aquí las tijeras, otros el bisturí; Kuchenmeister y Hart [1] ha hecho fabricar tijeras especiales que pueden encontrar aquí su aplicacion pero cuyo uso no es indispensable. Por nuestra experiencia personal podemos asegurar que lo mejor es practicar el avivamiento con las tijeras y regularizar las heridas con el bisturí, quitando con él el inódulo cicatricial que se encuentra en el ángulo de la desgarradura, en la parte más profunda del fondo de saco. En este punto, el avivamiento es dificil con las tijeras, y si no quedase enteramente regular, habria peligro de dejar un punto profundo no avivado, que comprometeria el éxito de la operacion.

Para facilitar la ejecucion de este tiempo de la operacion, un ayudante debe separar los labios de la desgarradura con una pinza-erina divergente ó con dos tenáculos pequeños. Es inútil agregar que si la desgarradura fuere doble, se procederia para cada lado como lo acabamos de indicar. En los cuellos voluminosos, enfermos desde largo tiempo, al practicar el avivamiento, se ven salir de la herida quistes blancos, translúcidos, del grueso de un chícharo. Son huevos de Naboth, en ciertos casos el cuello está casi cubierto por ellos; seria ventajoso, en estas circunstancias, traspasar el cuello en muchos puntos con una aguja fina, con el objeto de vaciar estos quistes. Se obtendria así una doble ventaja: se facilitaria la aproximacion de los labios de la herida disminuyendo el volúmen del ectropion y se apresuraria la involucion que debe resultar de la operacion.

Una nueva corriente de agua á 50°, limpia la herida y detiene la hemorragia; conviene entonces poner las suturas. Naturalmente, si alguna arteria ha quedado interesada es indispensable tomarla con una pinza de forcipresu-

1 Yo hice venir á México las tijeras de Traquelorrafia del Dr. Skin de Brooklyn que el Dr. Liceaga conserva; ignoro si se ha servido de ellas alguna vez. —(*Nota del T.*)

ra para ligarla ó torcerla. En el momento de colocar las suturas, creemos prudente mantener una sonda ó un histerómetro en el canal cervical, con el fin de ver bien la direccion, la amplitud del canal y evitar la atresia que podria resultar por un hilo mal colocado.

Emmet recomienda servirse de agujas redondas, porque el hilo obtura más completamente el agujero producido por una aguja redonda, que el que resulta del paso de una aguja cortante. Se evitarán así las hemorragias que pueden ser causadas por las suturas. Esta razon debe tener su valor; sin embargo, nosotros hemos usado agujas redondas, cortantes, aplastadas, aun la aguja de Reverdin, sin haber observado accidente alguno. Cuando el cuello está muy duro, con tejidos gruesos, las agujas redondas lo atraviesan con dificultad; en este caso, se está obligado á usar agujas muy penetrantes. El Dr. americano Ely Van de Warker ha inventado una aguja bastante complicada, destinada á poner las suturas; Emmet dice haberse servido de ella con ventaja en un caso difícil, pero estos son instrumentos de excepcion que no son indispensables; dedos hábiles prestan mejores servicios que estos instrumentos complicados, y por lo demás, las bolsas de ginecologista contienen lo necesario. Se coloca un número indeterminado de suturas con hilo de plata; muy á menudo 4 ó 5 bastan para afrontar herméticamente las heridas: pero de todas maneras, es necesario comenzar por colocar el hilo más profundo en el ángulo de la desgarradura; los otros son tanto más fáciles de colocar cuanto más se aproxima el operador al borde libre del cuello. La aguja debe internarse un centímetro afuera de la herida, paralelamente á ella, en todo el espesor del labio, para salir justamente en el límite del canal cervical y seguir en el labio opuesto un camino idéntico. Desde que todas las suturas han sido colocadas, se aproximan las superficies cruentas y se procede á la torsion de los hilos que no deben quedar mas que moderadamente apretados. Segun los operadores, se deben cortar al ras ó dejarles una cierta extension, rodeando las puntas con protectivo para proteger la vagina contra su contacto. Esta última manera de obrar nos parece la mejor, porque tiene la ventaja, no despreciable, de facilitar singularmente la separacion de las suturas que, sin esta precaucion, es á veces operacion larga y difícil.

Puede acontecer, si los labios son gruesos y el ectropion muy pronunciado, que sea laborioso poner las dos heridas en contacto en toda su extension, hasta el punto de que, forzando, puedan los hilos cortar los tejidos; en estos casos, vale más no insistir, las partes de las heridas que limitan el canal cervical, estarán siempre en contacto y solo los labios de la herida podrán desalojarse del lado externo. Desde el momento en que un número suficiente de suturas profundas asegura la fijeza de las partes, lo más importante está ya hecho: algunas suturas superficiales, de un efecto más poderoso puesto que obran más directamente sobre los labios, completarán la reunion y harán desaparecer toda solucion de continuidad. No queda para completar la curacion mas que reponer el útero en su lugar, hacer una inyeccion antiséptica y espolvorear iodoformo en la vagina, ó lo que es mejor, llenar esta cavidad con tapones de gaza iodoformada.

Ciertos autores aconsejan que la operada esté constipada con el opio. Esta práctica es discutible y no nos parece de gran provecho. Emmet, cuya práctica es tan grande en esta materia, permite que sus enfermas coman y defequen sin que les sea esto perjudicial. Lo esencial es que la operada guarde el reposo horizontal durante diez ó doce dias, hasta que la cicatriz sea sólida. A menos de indicaciones particulares, se deberán retirar las suturas del sétimo al octavo dia; en un caso las hemos dejado hasta doce dias sin que haya resultado ningun desórden. Para retirar las suturas, se sigue el mismo órden que para colocarlas: se comienza por la que toca la insercion vaginal, de tal manera que se puedan dejar una ó dos cerca del hocico de tenca, si se abrigase alguna duda sobre la solidez de la cicatriz.

En los dias siguientes, conviene mantener la asepsia de la vagina con tapones de gaza iodoformada, que tienen además la ventaja de levantar un poco el útero y mantenerlo en buena posicion. Sin embargo, esta práctica puede quedar impedida por la aparicion de las reglas, lo cual es un hecho frecuentemente notado por Emmet y por nosotros que hemos tenido ocasion de observarlo, sin que tal cosa produzca malos resultados.

Cuidados consecutivos.—La operacion ha sido feliz, el cuello ha quedado restituido *ad integrum*, ¿quiere decir esto que el cirujano deba abandonar á su enferma? No, aun son necesarios ciertos cuidados para completar la operacion. En los meses siguientes, el cuello y el útero disminuyen rápidamente de volúmen, la leucorrea y los síntomas funcionales reaccionales desaparecen, pero quedan, á veces, dolores nevrálgicos en los anexos, dolores que no ceden sino lentamente y que demandan cuidados apropiados. Cuando un órgano se ha habituado á sufrir durante largos años, aun quitando la causa del mal, persisten algunos de sus efectos; no se suprimen desde luego los dolores y solamente el equilibrio funcional se restablece al cabo de algun tiempo. No es nuestra intencion extendernos sobre este punto; cada caso demanda un tratamiento especial dictado por las exigencias de la diátesis dominante en la salud de la enferma.

Como resúmen de este corto trabajo, podemos establecer las conclusiones siguientes:

I. La desgarradura del cuello constituye una entidad morbosa que es causa, en ciertos casos, de dolores locales y sufrimientos que se extienden á todo el organismo de la mujer.

II. De todos los tratamientos ó todas las operaciones que se han intentado para remediarla, la operacion de Emmet ó traquelorrafia es la más racional y eficaz.

III. No todas las desgarraduras necesitan la operacion de Emmet.

IV. Para que la operacion sea necesaria, es preciso que las laceraciones del cuello sean bastante profundas para producir el ectropion de los labios, dolores y perturbaciones generales. Las simples grietas deben ser despreciadas ó atendidas por tratamientos que llamaremos médicos (cauterizaciones, Paquelin), por oposicion á los tratamientos sangrantes.

V. Si existen signos de celulitis ó inflamacion aguda ó sub-aguda del útero ó de los anexos, no se deberá intervenir sino cuando estos accidentes hayan desaparecido.

VI. En estas condiciones, la operacion de Emmet no tiene peligro alguno y nada podria excusarnos de privar de su beneficio á las desgraciadas que han quedado baldadas por una ó varias desgarraduras del cuello.—DR. G. HOUZEL.—(*Annales de Gyn. Nov. 1888*).

BACTERIOLOGÍA.

¿CÓMO DEBE DESINFECTAR SUS INSTRUMENTOS EL CIRUJANO? (*H. Davidson*).—El ácido fénico es insuficiente en la práctica. Se debe exigir de un desinfectante, como lo dice Koch, que mate los esporos de la pústula maligna, que son, de todos los micro-organismos, los más resistentes.

La solucion al 5 por 100 de ácido fénico, exige muchos dias de contacto para destruirlos.

El sublimado deteriora los instrumentos, el calor de una llama, tambien.

El calor seco no puede tampoco, prácticamente, ser empleado, puesto que se necesita de una temperatura de 140 grados y tres horas de contacto para matar los esporos de la pústula maligna.

El vapor de agua los mata en algunos minutos; pero su empleo exige el uso de aparatos especiales.

Queda el agua caliente: tomando la precaucion de cubrir el vaso en que hierve, se obtiene una temperatura de 100 grados en todas las capas del líquido. Destruye los esporos de la pústula maligna y con mayor razon los de la difteria, de la tuberculosis, los micro-organismos del pus, mucho menos resistentes. Los cultivos hechos despues de la inmersion en agua hirviendo, durante cinco minutos, han quedado enteramente estériles.

Los gérmenes que se encuentran sobre los instrumentos difíciles de limpiar, tales como sondas, etc., son todos destruidos, con la condicion de que el agua penetre bien en todas las cavidades.

El agua hirviendo, no altera el filo de los instrumentos; un micrótomo ha dado tan buenos cortes despues como antes de sumergirlo.

En resúmen, despues de una operacion, se debe lavar los instrumentos con agua fria, cepillarlos y limpiarlos bien; ponerlos, en seguida, en agua hirviendo durante cinco minutos, en *vaso cerrado*. Antes de una operacion, se sumergirán de nuevo en agua hirviendo, por cinco minutos, y despues de que se enfrien, se hará uso de ellos sin recurrir á ningun líquido desinfectante.—(*Berliner klin. Wochenschrift*).

FORMULARIO.

INYECCIONES URETRALES DE ANTIPIRINA EN LA BLENORRAGIA, *por el Dr. Audhoui*, médico

de los hospitales de París.—(*Gaz. des hôpit. 29 Sept. 1888*).

En muchos enfermos atacados de blenorragia aguda ó crónica, el Dr. Audhoui, ha empleado con buen éxito la solucion siguiente en inyecciones uretrales, repetidas dos ó muchas veces por día:

Agua dest. de rosas........	100.00	gram.
Agua dest. de laurel cerezo.	100.00	„
Sulfato de zinc...........	0.50	centig.
Antipirina...............	5.00	gram.

POCION CONTRA LA BRONCO-NEUMONÍA CON ADINAMIA. (*Veillard*).

Agua destilada de tila......	70.00	gram.
Jarabe quinina ó vino......	20.00	„
Jarabe de polígala.........	10.00	„
Alcoholatura de melisa.....	5.00	„
Acetato de amoniaco líquido.	3.00	„

Cucharaditas, una cada hora.

Se administrarán las preparaciones alcohólicas, una cucharadita de aguardiente en medio vaso de agua azucarada y aromatizada con agua de azahar.

O bien:

Aguardiente.............	25.00	gram.
Tintura de digital de.....	V á VI	gotas.
Jarabe de capilaria.......	30.00	gram.
Agua de tila............	100.00	„

Cucharadita cada hora.

Vino de Málaga..........	50,00	gram.
Jarabe de Tolú..........	20.00	„
Agua dest. de tila.......	100.00	„

UN NUEVO TENICIDA.

El moussena, corteza que proviene de una leguminosa conocida por *Acacia anthelmintica*. Esta corteza es más activa que el Kousso; se le emplea á la dósis 40 ó 60 gramos de polvo, solo ó mezclado con miel, tres horas antes de la comida. Puede hacerse tambien una infusion concentrada, de la cual podrán tomarse 30 gramos. La tenia se arroja al dia siguiente, como molida en una evacuacion sero-mucosa. Los dias siguientes se evacuan aún algunos fragmentos de tenia.

POCION CONTRA LA BRONQUITIS DE LOS NIÑOS. (*West*).

Cocimiento de polígala (3%)......	75.00
Carbonato de amoniaco..........	00,75
Tintura de scila................	00,80
Jarabe de Tolú..................	15,00

Una cucharadita cada cuatro horas, para un niño de tres años.

TIP. DE DUBLAN Y COMP.

VOL. I. México, Enero 1º de 1889. NUM. 21

REVISTA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO BIMENSUAL DIRIGIDO POR EL DR. JOSE RAMOS.

COLABORACION:
Dres. R. Lavista, M. Carmona y Valle, E. Liceaga, J. M. Rodriguez, R. Fuertes, M. Alvarado, D. Mejía, J. M. Bandera, M. Dominguez, M. Gutierrez, San Juan, F. de P. Chacón, M. Cordero, F. López, F. Ortega y Fonseca, F. Hurtado, N. Vargas, J. Martinez del Campo, C. Tejeda Guzman, J. Villagrán.

DIRECCION Y REDACCION:
REFUGIO NUM. 15, ENTRESUELO,
DESPACHO DE LOS SRES.
E. DUBLAN Y COMP.
Administrador y propietario: Dr. Manuel Barreiro.
Apartado en el Correo núm. 619.

PRECIOS DE SUSCRICION:
EN LA CAPITAL
Por un mes....................$ 0 50
Por seis meses.................. 2 50
EN LOS ESTADOS
Por un mes....................$ 0 62
Por seis meses.................. 3 00

PRENSA EXTRANJERA QUE RECIBIMOS PARA LA FORMACION DE LA REVISTA:

"Gaceta Médica de Paris."—"Gaceta de los hospitales civiles y militares de Paris."—"Periódico de las Sociedades Científicas."—"Revista Científica."—"La Naturaleza."—"Gaceta Hebdómadaria."—"Revista de Medicina," de Bouchard, Charcot y Chauvau.—"Anales de las enfermedades de los órganos genito-urinarios."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Lúcas Championière.—"Periódico de Medicina de Paris," de Lutaud.—"Boletin de la Academia de Medicina."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Bruselas.—"El Electricista."—"El Tiempo Médico," de Filadelfia.—"El Registro Médico."—"El Mundo Médico."—"Anales de Ginecología," de Boston.—"La Lanceta," de Lóndres.

SECCION EDITORIAL.

LA GASTRORRAGIA GRAVE Y SU TRATAMIENTO

APUNTES

DE

MIGUEL OTERO,

Director del Hospital Militar de San Luis Potosí, Profesor de Fisiología é Higiene en el Instituto Científico de la misma Ciudad.

El presente folleto es conocido por la Academia de Medicina de México, desde Enero del año pasado; pero hasta hoy me decido á que vea la luz pública para obsequiar la bondadosa instancia de algunos respetables colegas, quienes me aconsejan dar á conocer determinadas modificaciones en la Terapéutica de la referida hemorragia, las cuales pueden salvar algunas vidas; cumplo, pues, con mi lema de médico honrado: *vivere et pro allis labore.* Pero la circunstancia indicada en primer lugar, sirva de explicacion á las personas estudiosas, que noten la falta de citacion de obras publicadas en ese intervalo de doce meses.

Acaso los compañeros, más afectos á los estudios prácticos que á las importantes investigaciones teóricas, encuentren algo útil para circunstancias críticas; además, pareciéndome ser este uno de los cuadros clínicos más serios, así como de interesantes pormenores no descritos ampliamente sino en escasas obras antiguas, trágica escena que con relativa frecuencia me presentó el azar, en los varios años que tengo de ejercer con cierta actividad la profesion, entendí que valia la pena relatarla tal como la presencié.

Respecto al plan de exposicion, se verá que no refiero separadamente las observaciones que poseo, ni en todos sus pormenores; es que por el temor de ser difuso y apenas leido, preferí pintar un boceto á la pluma, como si calcase un paisaje usando la cámara negra de lente ó de prisma, sin consultar otro nuevo libro ni más modelos, que los que me ofreciera la exuberante Naturaleza.

Diciembre de 1888.

I

Seis son los casos de vómitos copiosos de sangre que ví y seguí paso á paso, desde Noviembre de ochenta y cuatro á Diciembre de ochenta y siete, tres en señoras y tres en varones.

En un primer grupo faltaron antecedentes de afeccion gástrica en la propia enferma, si bien existian marcadísimos en la familia; en cuatro ocasiones encontré dispepsia estomacal, gastrálgica en un señor y en una señora, indolora en un hombre y una señorita; y el último caso lo forma un soldado alcohólico, portador de cirrosis del hígado.

No me habia tocado ver ningun hecho de gastrorrágia consecutiva á lesion orgánica del

corazon; ni de aneurisma roto en el ventrículo digestivo; ni los he tenido de hematemésis abundantes en el cáncer del estómago, seguramente porque en realidad son propias más de la *ulcus rotundum* que del carcinoma; tampoco los he observado en los niños, en quienes se dice son frecuentes complicando ciertas fiebres eruptivas; en un hecho de hemofilia sobre el que al terminar insistiré, la sangre á voluntad podia ser regurgitada, mas caia de la faringe; y en cuanto á gastrorrágias suplementarias, diré que en las tres mujeres citadas no pudo pensarse en tal cosa, por la carencia absoluta de datos en que dicha idea pudiera apoyarse, como suspension de menstruacion, cefalalgia, bochornos, dolor lumbar, pulso lleno: bien al contrario, una de ellas acababa de tener, como siempre, su flujo periódico.

Entrando en más pormenores sobre esos mis tres grupos naturales, diré que el primero está constituido por la señorita X, que fué mi primera observacion, tiene efectivamente tres hermanos de los que dos de ellos han padecido horribles gastralgías por muy largos años y á mayor abundamiento la madre tenia la elefanciásis gráficamente descrita por los Maestros Lucio y Alvarado. De la segunda agrupacion, la jóven A.. A., de muy mala constitucion, casada tres meses antes de la hematemésis gástrica, (seis de Enero de ochenta y cinco) y hoy viuda de A, dijo que llevaba un año de sufrir dolores de estómago con acedías despues de comer, y más aún, que veinticuatro meses antes depuso un coágulo de sangre. Es su pareja patológica el Sr. T. C., como de cuarenta y cinco años, de buenas costumbres, pero que, jefe de una numerosa familia, sufria mucho moralmente en la lucha por la vida; habia sido tratado en distintas épocas por diversos médicos y por mí mismo, como afectado de catarro estomacal, de gastralgía ó de dispepsia; mucho se discutió la naturaleza del mal aun despues de una exagerada gastrorrágia que tuvo en Febrero de ochenta y seis, hasta que vino á fijarla un dolor circunscrito al epigastrio, agudísimo, más y más superficial cada vez, y sin tumor, el cual apareció con una segunda pérdida, en Mayo de ochenta y siete. En la segunda subdivision de esta segunda clase, está, como un guion entre la anterior observacion y la que viene despues, un robusto cochero de cuarenta y cinco años, G. G, quien despues de haber desviado el interrogatorio refiriendo un traumatismo y una corta permanencia en Veracruz en Mayo de ochenta y seis donde arrojó por primera vez una bocanada de sangre, á duras penas confesó agradarle extraordinariamente la cerveza, si bien añadió que solo toma unas cuantas botellas siempre que puede; indicaba ligera dispepsia antes del accidente, en lo absoluto sin dolor de estómago, pero despues hallé un punto doloroso en la region, ignorado por él, menos acentuado que el descrito antes. Y tambien es este el sitio del dolor en el ejemplar que tenia en convalecencia en el mes de Diciembre de ochenta y siete.

La señorita M. G. P. bien menstruada, veintiocho á treinta años, natural de Lagos; en Marzo del año anterior estuvo en México para consultar al eminente profesor Licéaga, por una dispepsia ligada con una clorosis acentuadísima, que de un año atrás la dominaba, manifestándose aquella por náuseas y malas digestiones, pero nunca por gastralgía; sometida al tratamiento por el calomel principalmente, unido á un régimen alimenticio severo, leche, ostiones, etc., muy mejorada volvió á su ciudad natal; mas habiendo venido de paseo á San Luis, sobrevino la abundante pérdida sanguínea de que me ocupo, el dos de Noviembre del apuntado año.

Constituido el tercer género que he estudiado, únicamente por el soldado Dolores Moreno, del 2.º Regimiento de nuestro Ejército, de veintiocho años, extractaré los apuntes que sobre su persona conservo, consignando que ingresó al Hospital que dirijo, con los antecedentes y hábito exterior clarísimo, del alcoholismo crónico, y como reseñara una dispepsia, al examinar sus órganos abdominales, se le diagnosticó hepatitis intersticial; mas á los doce dias de sostener un tratamiento apropiado, el enfermo tuvo abundantísimo vómito de sangre que no se repitió, mas fué reemplazado por enterorragias incoercibles, que mataron á nuestro militar.

Analizando atentamente en qué coinciden las historias patológicas de mis enfermos, antes que todo se debe hacer á un lado el cirrótico, en quien la manera de generarse sus hemorragias fué, como demostró la necropsia, por una congestion pasiva de la mucosa del estómago y el es-

tado varicoso de las venas mesaráicas, que aumentaban tres veces el espesor de la mucosa en el intestino delgado, y principalmente en el grueso. Hecha esta eliminacion prévia, encuentro que en los demás existia: ó anemia con antecedentes de una discrasia hereditaria que modifica la estructura de las arterias, como enseñaron los observadores mexicanos que existe en el Mal de San Lázaro, (un caso); ó solamente la clorosis exagerada (dos casos); ó el abuso vergonzante y cuotidiano de bebidas alcohólicas, que genera la ateromasia (un caso); ó penas morales, (un caso). Parecia escaparse el último hecho á la inquisicion patogénica; mas habiéndome ocurrido últimamente profundizar más este estudio, con el esfigmógrafo de Marey tomé el pulso radial de la señorita G. G. P. y el del cochero E. G., y saqué tales trazos anormales, que rogué á mis otros antiguos clientes se prestasen á lo mismo, obteniendo con sorpresa otros que tampoco eran fisiológicos. En uno de ellos se leia estrechamiento aórtico; dos eran bellas muestras de ateromasia, por la notable magnitud del conjunto, la brusquedad de la línea de ascenso y rápida caida de la de descenso, la meseta horizontal característica que reemplaza al vértice natural, y la falta de dicrotismo en el descenso; y en otro se hallaban netos los indicios de aquella degeneracion, por las dos últimas particularidades; finalmente, aun cuando el último trazo era una curva regular muy débilmente ondulada, como la de un tubo arterial que lleva más arriba un aneurisma, ó de una radial en la que volviese la circulacion despues de obturado el vaso principal del brazo; como ningun dato hacia racional nada de esto, y no podia suponerse vacuidad del sistema sanguíneo por haber transcurrido largo tiempo desde la última hemorragia, entendí que la causa del fenómeno era la falta de elasticidad de la arteria. De paso advierto como cosa notable, que únicamente uno de mis pacientes señaló muestras de artritismo, entre los anamnésticos, y ninguno de sífilis.

Ahora bien; dicho esto, creo que se puede sostener que en estos casos se trató de verdadera úlcera redonda en dos y de erosion superficial en el resto, atendiendo no solo al conjunto de antecedentes y de signos físicos, así como por un procedimiento indirecto de diagnóstico, sino exclusivamente por el pulso. Efectivamente, al llegar á esta altura, viene á la mente el recuerdo de la interpretacion que da Virchow para la formacion de una úlcera estomacal, admitiendo la necrobiósis circunscrita de la mucosa, por obturacion de un tubo sanguíneo. Cierto es que los cuadros publicados por Rokitansky sobre la frecuencia de la arteritis ateromatosa crónica, con todas sus letras dicen ser excepcional la del tronco celiaco y de muchas de sus ramas que directa é indirectamente nutren la víscera; mas no supongo que en la totalidad de mis observaciones se trató de ateroma, sin que la cosa sea imposible, sino de una flegmasia crónica, á lo menos de una degenerecencia grasa primitiva de los capilares, de una debilidad histológica de esos vasitos, ligada con estados constitucionales. [1] Además, que si el sabio Virchow completó la patogenia de

---

1 Escrito lo que se acaba de leer, se me presentaron dos nuevos casos: una señorita de diez y nueve años, O. S., clorótica en grado exagerado, en verdadera miseria fisiológica, pero sin afeccion pulmonar, irregularmente menstruada; á fines de Octubre de ochenta y siete una impresion moral desagradable y á principios de Noviembre otra, que le ocasionaron un ligero catarro de las vías biliares; durante los medianos accesos de basca que como consecuencia se presentaron, formóse una hemorragia subconjuntival en el lado izquierdo; despues quedó más débil que nunca su poder digestivo, de manera que para curarse una indigestion adquirida con cualquier pretexto, tomó en los primeros dias de Diciembre un purgante salino, que la dejó más trastornada y con dolor epigástrico; el dia 5 no pudo conservar el desayuno, y despues de haberlo arrojado con esfuerzo, vino un pequeño coágulo de sangre, é inmediatamente sangre viva, algo más de una cucharada grande; por un exámen prolijo me cercioré de que el foco de la pequeña pérdida estaba en el estómago. Pues bien; el trazo radial de esa jóven no teniendo nada de particular, fuera de su débil excursion, me pregunto que si se tratara de hacer un diagnóstico perfecto, no podria servir el método gráfico para fijar si en un caso especial los vasos nutridores de la víscera están ateromatosos, ó sus capilares degenerados, como pareció acontecer con el que sirve de asunto á esta nota; quizá tambien podria utilizarse para el pronóstico, hasta cierto punto, porque hacen contraste los hechos de hemorragias graves con trazo anormal, con los de hemorragia ligera y pulso normal...... pero aquí me detengo por temor de desviarme del carril lógico, pues sé (como dijo Grisolle), que la verdad está en los hechos y no en el cerebro que los juzga, y en consecuencia, dejo á observaciones ulteriores la valorizacion de la hipótesis admitida. El otro caso nuevo fué otra jovencita, con epistáxis rebeldes y abuntes, reumática sin lesion orgánica del corazon, cuyo trazo llevaba ya una meseta indudable.

la úlcera simple indicando la posibilidad de la trombosis y de la embolia, el mismo Rokitansky señaló primero la congestion é infiltracion pasivas de un territorio limitado, como consecuencia de alteraciones capilares, la pérdida de sustancia consecutiva y la accion ulterior del jugo ácido secretado. Este pequeño trabajo podria, pues, titularse "Tratamiento de la gastrorrágia fulminante en la ulceracion simple del estómago," si no fuese aplicable la misma terapéutica para cualquier clase de hemorragia gástrica.

Respecto á las últimas consideraciones que precedieron al fenómeno, una sola vez, en una señorita, obró seguramente como causa determinante la ingestion de dos copas de *chorrera;* lo fué en otro, segun todas las probabilidades, el abuso de la cerveza: se atribuyó en otro más, al uso del arsénico, desde un mes antes; en un cuarto caso, fatigas excesivas, y no la hubo apreciable en los demás.

II

De dos maneras puede aparecer la gastrorrágia: en los cinco sextos de los casos casi repentinamente, con prodromos tan ligeros como malestar general, inapetencia, dolor vago en el epigastrio, percibido cuando se ejerce sobre el vientre una presion, como la que produce el corsé, ó precisamente viene, como sucedió al Sr. F. C., despues de conatos de basca, coincidiendo con acceso de gastralgía mas ó menos terrible, anunciado desde dias antes por pequeños vómitos rosáceos.

Mas sea que se conozca el estado anterior de la salud del enfermo, por ser su médico habitual, ó careciendo por completo de todo dato, casi nunca precencia uno el primer vómito de sangre; porque sean como quiera los comienzos del incidente, al enterarse la familia, es presa del pánico, manda por el facultativo que más á mano se encuentra, al mismo tiempo que por un eclesiástico, y al llegar se está rodeado de multitud de gente, compañeros, deudos, criados que entran ó salen, mostrando espantados, varios de ellos, los diversos recipientes en que se recogió el precioso líquido. El enfermo, la figura principal del cuadro, se encuentra con la cabeza más ó menos alta, el rostro pálido como un papel, matiz amarillento en las orejas, frente, pómulos y nariz; azulosos los labios, las conjuntivas como clara de huevo cocido, expresando su fisonomía, más que el miedo, la resignacion á una muerte próxima; el pulso, cuya forma en los distintos momentos de una pérdida de sangre tanto han discutido Arloing y otros, está lento inmediatamente despues del suceso y tambien despues de toda lipotimia, para hacerse á poco filiforme y frecuentísimo durante toda la duracion de la convalecencia; al tomar la mano, al tocar las sienes, nariz y piés, se percibe una frialdad marmórea, á veces con sudor tambien helado; precisamente va el conocedor á examinar cómo late el motor central, y lo oye latir con una debilidad proporcional á la de las arterias temporal ó radial; al volver de un desmayo el enfermo, la cabeza del observador es apenas levantada por el fuelle torácico, que hace excursiones lentas, en corto número, irregulares en ritmo: presto se ponen en relacion con el aumento de frecuencia é insignificante energía del pulso; las pupilas aparecen más ó menos dilatadas; con voz perceptible difícilmente, ó por el lenguaje de accion, el paciente se queja de vértigos, de frio, de zumbidos y retintin de oidos; pero más que de otra cosa, de que todavía tiene basca, por lo cual pide que se le evite nuevo vómito, y el médico, por de pronto, no sabe resolver si esa náusea es debida á la anemia cerebral que tiene ante sí, ó si preludia nueva hemorragia; entretanto, suele acontecer que aumentando la gravedad, sobreviene nueva lipotímia, que enfermos inteligentes conocen como precursora de la hematemésis, pues los aniquila un desfallecimiento general, sienten como que se hunden en el lecho, que su vida se agota: dicho síncope más ó menos fuerte, es siempre consecutivo á la hemorragia interna, que sordamente sigue verificándose. Efectivamente, lo demuestra luego la expulsion por la boca, de nueva cantidad de rutilante sangre, ó si no, la exploracion del vientre, como luego explico. Desde el principio habíanse tomado las ingentes é indispensables providencias para combatir la amenaza de síncope mortal; de modo que ya relativamente repuesto el individuo, buscando en el abdomen para enterarse mejor de la situacion, encuentra la mano una resistencia blanda y vaga, pero bastante extensa, más un dolor entre la cicatriz umbilical y el xifoide, dolor en lo general más bien superficial que profundo, confirmando por la percusion la exis-

tencia en esa region de un cuerpo extraño, por la submacicez que se obtiene. En otras ocasiones, como pasó con el Sr. F. C. en su segunda pérdida, y tambien con el cochero E. G., se encuentra el dolor característico de la úlcera redonda.

No es posible precisar exactamente la magnitud de la hemorragia, pues por una parte, buena cantidad se derramó en el suelo y en las ropas; alguna vez, excepcionalmente, vino la primera porcion mezclada con alimentos; paréceme que en muchas, se le agregan las secreciones propias de las vías digestivas; muy frecuentemente se sabe que no hubo cuidado de conservar todo lo arrojado; sin contar con que la señorita M. G. P, me referia que varias horas antes de su vómito sanguíneo, tuvo una evacuacion, que ella sintió rarísima; y por último, que acaso la sangre que avanza en el intestino está digerida en parte. Por todo esto se vacila mucho en intentar hacer esta evaluacion, por temor de decir una blasfemia fisiológica, expresando, como algun autor de cuyo nombre no quiero acordarme, que hubo enfermos que arrojaron en pocas horas tal ó cual cantidad de sangre, que no puede contener el sistema circulatorio del hombre, quien, sabido es, tiene de ella la décimatercera parte del peso de su cuerpo. Sin embargo, puedo decir que uno de mis enfermos solo perdió medio kilo; en otro el flujo intestinal fué más terrible que el vómito, y en los otros cuatro tengo que asegurar (despues de haber preguntado con insistencia, haciendo yo mismo rigurosas medidas), que perdieron por la boca cada uno, dos kilógramos ó dos kilógramos y medio: advirtiendo que cuando más, cada uno pesaria 5 arrobas y que por lo menos dos litros fueron expulsados en los dos ó tres primeros vómitos, que con pequeña interrupcion se sucedieron. Es lo corriente que la que sale por el recto viene pasadas veinticuatro horas, sigue pasando en menos y menos cantidad los dias subsecuentes, y asciende proximamente á medio litro.

Casi siempre, el aspecto de la primera sangre fué como café cargado, con coágulos mal ligados y negros; los siguientes vómitos, son ya de sangre líquida y roja; es más abundante la arrojada en primer lugar, disminuyendo progresivamente en las ulteriores.

De facto, puede repetir varias veces la gastrorrágia: en la señorita X. el primer dia hubo varios vómitos consecutivos; casi á las veinticuatro horas, volvió la sangre en tal abundancia, que pasando el colchon chorreaba en la alfombra, y transcurriendo otro intervalo análogo hubo todavía hemorragia, que salia casi sin esfuerzo; pero lo que se ve más comunmente, es que solo haya en corto tiempo dos ó tres abundantes hematemésis gástricas una tras de otra, y que más tarde venga la *melœna* con sus caractéres tan conocidos, como hollin ó bagazo de café; y por excepcion enterorragias verdaderas de sangre pura, como en el soldado cuya historia referí, llama la atencion que en tres observaciones viene otra vez la hemorragia 15, 19, y 24 meses despues.

III

Antes de dar las últimas pinceladas á la descripcion de los síntomas peculiares á mis gastrorrágicos, quiero hacer resaltar una circunstancia, en verdad importante. Se refiere al pronóstico, que en estos angustiosos instantes se pide con ánsia al facultativo, á quien se comprende en su augusto sacerdocio, siendo así (por de pronto), recompensado de las amarguras que trae consigo el ejercicio de la medicina. No debe apresurarse á asegurar la terminacion fatal, conmovido por la enorme hemorragia, porque á pesar de todo se salvó la mayoría absoluta de aquellos, segun todas las probabilidades, á beneficio del tratamiento empleado. Pero más aún, hubo uno de ellos de tan robusta organizacion, que resistió la pérdida súbita de más de un cuartillo de sangre, sin los recursos del arte: fué Severo Gómez, cochero del Sr. Federico J. Meade, quien al otro dia tuvo fuerzas para emprender un viaje, ejerciendo su oficio; cosa semejante ví de paso en la plaza principal de San Luis Potosí: me llevaron á impartir socorros á un hombre tendido sobre gran charco de sangre, que seguramente pasaba de un litro, y lo encontré reponiéndose con cierta facilidad, por lo menos de ese vómito.

Si nada nuevo digo al indicar que esta hemorragia puede, como las de otro orígen, contenerse espontáneamente por la vacuidad relativa del sistema de vasos rojos y por la aparicion de un síncope, de tal modo, que una poderosa naturaleza puede resistir copiosa pérdida, mejor la mujer que el hombre, pésima-

mente el niño, todavía tengo que hacer recordacion de lo mucho que los autores difieren sobre la cantidad de sangre que, de una sola vez, puede perderse impunemente, en razon de las cifras que antes mencioné.

Unos, no queriendo precisar mucho, se limitan á enseñar que las sangrías de 300 á 400 gramos no dejan perturbacion profunda en las funciones; otros, con Piorry, opinan que el hombre puede perder sin morir, la décima parte de su sangre; pero que desde un noveno hasta un quinto, la muerte es inmediata; y aprendí de Beaunis que en el adulto, es generalmente mortal una hemorragia de la mitad de la cantidad total. En mi insignificancia, pienso que el último parecer es el que más se aproxima á lo cierto, cuando traigo á la memoria diversos casos de hemorragias durante el parto, y considerando los hechos descritos de gastrorrágia. Y como por la manera como se verificó el accidente no puede admitirse en los últimos, la renovacion instantánea de la masa total del medio interno, forzoso es admitir una hipótesis para explicarnos cómo es que mis enfermos no murieron como fulminados; se me ocurre que acaso á la influencia de los auxilios impartidos, se unió la particularidad de ser hemorragia de los vasos periféricos, porque con grande sagacidad hace notar Armando Desprez en alguna parte, que hemorragias inferiores á dos kilógramos matan, cuando provienen de un grueso vaso, porque la sangre no puede circular en los conductos situados más allá del abierto; y positivamente debe ser cierto, conforme á la teoría clásica de la hidráulica circulatoria.

No por lo expuesto se oculta á nadie la inminencia extraordinaria del peligro, pues á las claras está revelado por los signos todos de la anemia aguda: el enfriamiento de las extremidades, la palidez general, la impresionabilidad exquisita de los sentidos de la vista y oido, la inextingible sed, los vértigos que provoca el más ligero cambio de postura, el insomnio, las nevralgías...... todo dice á gritos que la mejor manera de terminar con el paciente, seria sentarlo ó dejar que volviera á perder sangre. Tan poca tienen ya, que usando el último modelo del hematímetro de Hayem, ví que la sangre de la señorita M. G. P., tenia menos de un millon de glóbulos por milímetro cúbico, 18 dias despues de la gastrorrágia: siendo así que en niñas profundamente cloróticas, no es raro que contase dos millones á dos y medio; que segun las tablas, á su edad, las mujeres tienen 4.820,000; y que G. Hayem ha observado que para el décimo dia, volvieron ya los rojos á la cifra normal, á pesar de la presencia de otros serios padecimientos. Adelantando algo que se refiere en parte al tratamiento, pero que más bien pertenece á la marcha, conviene á mi plan de composicion no dejar en el olvido tres signos, que tanto pueden ser efecto de la enfermedad misma, como de las medicinas: la náusea, los cólicos y la diarrea. En los dias ulteriores al en que se contuvo la hemorragia, suele todavía vomitarse alguna serosidad mucosa. Además, se encuentra que aquella renitencia que parecia ser sangre cuagulada llenando la bolsa estomacal, cambió de sitio, como que se hizo más dura, y ocupó no ya el epigastrio, sino uno de los mesogástricos; se duda mucho sobre la naturaleza del llamado tumor, tanto más, cuanto que en los primeros dias simula un aneurisma, levantado, como lo es, por la aorta abdominal; pero aun cuando la arteria conserva por varios dias sus fuertes latidos, la particularidad de que el abultamiento continúa cambiando de region y su diminucion, conforme se arrojan por el ano sustancias negruzcas, ponen en claro lo que fué en realidad. Respecto á cólicos, los hemos notado tanto uterinos como intestinales, acompañando en ocasiones una entero-colítis, la cual, en un individuo en quien de antemano existia, se hizo disenteriforme. Pues bien, en parte ciertamente, esas tres molestias pueden ser hijas de la ergotina, porque se describen entre los efectos del extracto; pero puedo afirmar que se ha exagerado el perjuicio que ella ocasiona, apoyándome en lo dicho, y en que dicen buenas autoridades, v. g., F. Terrier, que tambien la anemia reobrando sobre el sistema muscular, excita las fibras lisas, de donde náuseas, vómitos, contracciones intestinales y vesicales. Algunas veces, como el quinto ó sexto dia, apareció una fiebre de 38 á 39°, que tanto pudo atribuirse á paludismo anterior, como á flegmasia intra-abdominal, como á la reaccion que dicen suele venir despues de una extraccion sanguínea.

La reposicion de las fuerzas vino con lentitud desesperante, á la par que con trabajo renacia el apetito y la actividad de los jugos di-

gestivos; como al mes se empezó á volver su rectitud á la extremidad cefálica y á las cinco semanas daban los convalecientes sus primeros vacilantes pasos; debiendo, en fin, consignar este curioso pormenor: que despues de tanto vaiven, algunos enfermos, hasta de úlcera redonda evidente, mejoraron de su dispepsia, sin que ese resultado pudiera atribuirse á ningun régimen alimenticio, hastiados como quedaron de la prolongada dieta láctea.

IV

Tres indicaciones hay en un caso de gastrorrágia grave, todas vitales, que se deben llenar sin tardanza en este órden: tomar providencias para que no tenga lugar la anemia encefálica aguda ni el síncope mortal, evitar á todo trance nueva pérdida de sangre, y alimentar al enfermo de manera que sosteniendo sus fuerzas, poco ó nada trabaje el estómago.

Para lo primero, se usaron dos recursos, de los que el más útil y sencillo es la posición del cuerpo, no ligeramente levantada la cabeza como quiere Valleix, ni por insuficiente la horizontal, segun prescribe Damaschino; á la vista de aquel espectáculo, el sentido comun ordenaba mantener levantados los piés de la cama, que echando mano de cajones ó sillas, se ponia haciendo con el piso un ángulo como de 20°. Esta sencillísima maniobra, que como anuncié, no se ocurre siempre á pesar de serlo, es inconcuso que en los seis hechos citados, salvó la vida en los primeros momentos, llevando su excitante natural á los elevados centros nerviosos que rigen la máquina humana, y en consecuencia tambien al corazon; coadyuvó en los casos apurados segun el mismo sentido, la isquemia de las extremidades, que por ejemplo en la habitacion de un desheredado podria bastar; pues practicando cirujía en el Hospital de San Andrés al lado del Sr. Lavista, este profesor dió la siguiente muestra de su claro talento: se trataba de amputar una pierna á un hombre; pero como estuviese agotadísimo, á las primeras inhalaciones de cloroformo, sobrevino una palidez súbita y se perdió el pulso; el Maestro, sin inmutarse, aplicó en los dos brazos y en la otra pierna vendas de Esmarch, y concluyó su operacion. Seria ocioso que entrase en más explicaciones sobre el efecto de dichos dos procedimientos, que en último análisis vienen á producir una especie de auto-transfusion localizada; mas únicamente insisto en que no por ser baladís en apariencia los usa todo el mundo, ni menos dejan de ser salvadores. [1]

Como no es mi ánimo hacer una crítica severa de las variadas medicaciones, que en distintas épocas se han propuesto para contener una gastrorrágia, agotándola en su manantial mismo (como sangrías, vómitos, astringentes, estípticos, variados tópicos, etc.); me limitaré á manifestar que en la clientela de los pobres, he visto usar con éxito los ácidos orgánicos diluidos, cítrico y acético; que se obtiene utilidad del percloruro de fierro; que se me figuraria racional, hasta cierto punto, el empleo de la esencia de trementina rectificada, v. g.; en perlas, en la cual tanta confianza tiene Teodoro Billroth para las hemorragias de causa externa; pero que el hemostático por excelencia de las gastrorrágias, es la ergotina á subidas dósis, en inyecciones hipodérmicas mejor que por la boca, atendiendo á que de ese modo su poder es sin comparacion mayor é inmediato, como se requiere. Tengo que escribir muy claro que el *quid* del triunfo está en la dósis á que se debe llegar, y sucede que los libros de Terapéutica no están acordes en ello. Aquí debo infringir mi propósito, hojeando de nuevo los libros que me son más familiares, para hacer citas irreprochables: Trousseau y Pidoux en la penúltima edicion, y Rabuteau en la de 84, fijan la cantidad de ergotina que en píldoras ó pocion se puede dar en 24 horas (1 á 5 gramos el 1º y 2 el 2º); pero no hablan de introduccion bajo la dermis contra las hemorragias; tampoco se ocupa de ellas Emilio Bailly en el artículo respectivo del Diccionario de Jaccound, pareciéndole problemática la accion de la sustancia en Medicina interna; Nothnagel y Rossbach, en su escéptica obra, sabian en 1880 que las observaciones de hemoptisis y hematemésis tratadas por este medicamento, eran muy escasas para

1 Muy posteriormente á la época en que fué escrito este trabajo, tuve la satisfaccion de encontrar consignado el consejo de colocar al paciente de anemia aguda, con la cabeza lo más baja posible, y aun suspenderle en dicha posicion, en los clásicos "Elementos de Patología quirúrgica general" de Billroth, modificados recientemente por Winiwarter, y no hace mucho traducidos al frances: siendo así que en la anterior edicion, que tanto leí en las aulas, no lo estaba.

formar un juicio exacto; el Dr. Alquier, en sus anotaciones al mismo Tratado, explica que en la generalidad de los casos bastan diez centígramos depositados en el tejido celular sub-cutáneo; el concienzudo Dujardin Beaumetz, en sus libros tan justamente buscados por el público médico, enseña que cuando las hematemésis son poco abundantes, diez á veinte centígramos bastan para detenerlas; que si toman un carácter inquietante podemos poca cosa, en razon de venir la sangre de una ramificacion importante del tronco celiaco, y solo en el caso de que repitiéndose con perseverancia den visos de agotar lenta y progresivamente al enfermo, es posible intervenir útilmente por la transfusion como él en un caso lo hizo. Fonssagrives sí refiere que Duncan-Buckley para combatir la púrpura hemorrágica y la hematemésis, inyectaba 5 á 10 centígramos de ergotina sobre las partes laterales del pecho; que repetia la inyeccion dos ó tres ocasiones por dia, y que se podria llevar la dósis hasta 30 y 40 centígramos.

Así es como he luchado contra esta y otras hemorragias, [1] con más valentía aún, pues creo haber visto que en esta cantidad no surte la ergotina sino para hemorragias dominables por cualquier otro recurso: á la señorita M. O. P., en nueve dias introduje bajo su piel el contenido de doce pomitos de las soluciones de cornezuelo Dussar ó Ivon, esto es, siete gramos y veinte centígramos de ergotina, ú ochenta centígramos, un dia con otro, en la inteligencia de que en los primeros prodigué más la medicina; en las demás observaciones, administré la mitad ó la tercera parte de esa dósis, en menor tiempo es cierto, segun se presentaban los síntomas, pero siempre sin escatimar el agente medicamentoso. Hay que ponerse en lugar del práctico, instalado noche y dia á la cabecera de su enfermo, espiando la menor señal de alarma; á su aparicion, y más cuando salen oleadas de sangre por la boca del enfermo, inyectar gramo tras gramo, y al hacer más tarde la suma, se halla con que propinó buenas cantidades del extracto de centeno, sin que tuviese aquel el menor síntoma de ergotismo: de esa manera, sin sentirlo, adquirí la certidumbre de que se puede impunemente usar con profusion y abundancia las inyecciones hipodérmicas de ergotina. Me parece que tiene razon Dujardin B. cuando afirma ser preferible á las citadas soluciones de patente, que pueden alterarse, la siguiente fórmula de Moutard-Martin: dos gramos de ergotina de Bonjean, quince de agua destilada y otros tantos de glicerina; acostumbro inyectar el líquido, que produce bastante ardor en la region glútea, de preferencia entre el trocanter y el isquion, pues así no se producen flegmones; y no empleé jamás la pretendida ergotinina de Tanret, porque Dujardin observó que obra despues de doce á veinticuatro horas. Tocante á la transfusion de sangre, de la cual soy partidario convencido, deberá dejarse para lo último, atentos los éxitos obtenidos por solo la posicion, la ergotina y el hielo intus et extra. [1]

Réstame relatar cómo obedecia á la indicacion de nutrir á mis enfermos, de manera que se moviese poco el estómago, y sin que las secreciones ácidas de la mucosa, perturbasen el trabajo de cicatrizacion. Fácil es suponer que fué por medio de la peptona, en lavativas, disuelta en limitada cantidad de caldo azucarado, para dar un alimento completo si no perfecto; mas la particularidad estuvo igualmente en que llevé al extremo el racional ensayo, de lo que me congratulo una y mil veces. Que una peptona bien preparada es directamente asimilable, cuando la absorbe la membrana interna del intestino grueso, ó cuando es inyectada directamente en las venas, ningun tratado de fisiología deja de pregonarlo; no falta libro, supe posteriormente, que la aconseje para los casos de hematemésis gástrica; pero nadie que yo sepa ha mantenido por este medio á sus enfermos, sin ingerir absolutamente alimentos por la boca, 9, 10 y 15 dias. Como para secretarse el jugo gástrico es indispensable la excitacion determinada por un albuminoide, único alimento que da lugar al reflejo, salta á la vista que de aquel modo está como adormecida la víscera, dando tiempo á la *restitutio ad integrum* de su erosion ó úlcera. La sed fué cal-

---

1 Hay que confesar la accion mínima de la ergotina para las hemorragias uterinas no puerperales; insucesos que me han habituado á alternarla con la ipeca á dósis nauseosa, como hacia Montes de Oca en las epistaxis.

1 Al soldado de caballería que pereció, solo se le inyectaban diariamente veinte centígramos de ergotina, confiado el inteligente médico que lo trató, en que los autores tienen por elevada dicha dósis.

mada por trocitos de hielo que lentamente eran deglutidos, y aun por regulares lavativas de agua tibia; y cuando la mejoría fué segura, se permitió el caldo, despues sopas aguadas, en seguida cucharadas de leche helada, más tarde carnes gelatinosas, y así paulatinamente hasta llegar á una alimentacion sustanciosa aunque sana. A quien pareciere extraño lo anterior, diré que se puede llevar tan lejos la alimentacion por el recto, que la señora A. P. de M. P. en plena caquexia cancerosa despues de la amputacion de un seno, como todos esos desgraciados, estaba martirizada por inapetencia absoluta, por aborrecimiento sobre todo á la carne, la decadencia de las fuerzas era tal, que peligraba morir de inanicion; pues bien, se pudo prolongar su vida siete meses más, con el uso *casi exclusivo* de las lavativas de peptona, en cuya sustancia se gastaron trescientos pesos. Y cuando por el contrario, la extremidad inferior del recto no conserva inyeccion alguna, faltando dicha poderosa ayuda, la enfermedad vence con más facilidad al hombre de arte, como en la señorita N. R., quien con pretexto de una impresion recibida en Septiembre de 83, pocos dias despues empezó á *regurgitar*, primeramente tal ó cual alimento; pronto todos, con la particularidad de que la leche no salia cuajada; ningun plan curativo surtió, por manera que la consuncion se hizo más y más profunda, hasta el grado de desarrollarse en Mayo de 84, terrible hemofilia, durante la cual hasta por la orina perdió sangre; la ergotina dominó la complicacion, los tónicos y ferruginosos permitieron que algo se reparasen los alientos vitales, por la singularísima circunstancia de que coincidiendo con el susto de ver tanta sangre propia, cesó por 22 dias la regurgitacion; desgraciadamente, despues de tercera conmocion nerviosa, reapareció el extravagante síntoma, y no pudiendo conservar en el recto la peptona que en él se depositaba, se aniquiló todavía más profundamente, si posible era, y falleció de un síncope cuando menos se esperaba, el 18 de Agosto último. Como no fué permitida la autopsia, quedó la duda de si se trataba de un estrechamiento canceroso del píloro, ó de una neurosis histérica, como por la marcha se puede sostener; porque habia antecedentes en la familia tanto de carcinosis como de nevrosismo.

V

Todo lo expuesto se puede condensar en las siguientes conclusiones:

Primera. Los trazos esfigmográficos obtenidos y la abundancia de la gastrorrágia, hacen posible la hipótesis de que en las seis observaciones respectivas, la causa anatómica de aquellas fué la degeneracion grasa primitiva, ó ateromatosa, de los capilares de la 2ª y 3ª variedad de Robin: puesto que Charcot y Bouchard han demostrado que las alteraciones de las gruesas arterias, pueden extenderse á los pequeños vasos.

Segunda. Individuos que pesen cinco arrobas poco más ó menos, pueden perder sin perecer, dos kilógramos de sangre, en dos ó tres vómitos consecutivos, no siendo la hemorragia de una gruesa rama del tronco celiaco, como es probable que no era en los casos en cuestion.

Tercera. Para combatir la anemia cerebral aguda con la premura indispensable, hay que colocar á los enfermos con la cabeza mucho más baja que sus piés; postura que se mantendrá por largos dias; y si el peligro obliga, tambien se hará la isquemia de las cuatro extremidades, cuyo recurso puede bastar en determinadas circunstancias. Sin embargo, alguna vez podria necesitarse la transfusion.

Cuarta. El medicamento heróico para combatir las hematemésis gástricas de marcha sobre-aguda, es la ergotina en inyecciones hipodérmicas; pero el secreto de su eficacia estriba en que se deben administrar á discrecion, sin que arredre el ilusorio fantasma del ergotismo, ni tampoco exagerarse la intensidad de las náuseas y entero-colitis, que efectivamente suele producir.

Quinta y última. Hasta por quince dias puede alimentarse á los enfermos con inyecciones rectales de peptona (dos cucharadas en vehículo hidro-carbonado, cada tres ó cuatro horas); procediendo así, se evitaron los movimientos de la bolsa estomacal, más la secrecion del jugo gástrico, y en consecuencia, se favoreció la cicatrizacion de la ruptura vascular ó de la úlcera redonda; de tal modo, que en lo sucesivo la digestion fué más perfecta que antes del accidente.

Despues de repasar el anterior opúsculo, me asalta el temor de no haber sabido presentar mi curioso ramillete de hechos clínicos, con el atractivo que merecen; que acaso no supe tejer el valioso cordon lógico que el filósofo busca para enhebrar las perlas de sus razonamientos; pero me consuela sí la conciencia de que los ata el seguro lazo de la buena fé que en asuntos científicos adquirí en las inolvidables cátedras de las Escuelas mexicanas, Preparatoria y de Medicina. Pueden testificar la verdad de todo lo asentado: el respetable Dr. Ignacio Gama, mi compañero el Sr. Gustavo Pagenstecher, á quien, lo mismo que á mí, pertenece la mayor parte de las observaciones referidas, y por último, los Dres. Javier Gallardo, Castañeda Otermin, G. López Hermosa y Doroteo Ledezma; sin contar la Sociedad en que ejerzo.

MIGUEL OTERO.

REVISTA EXTRANJERA.

PATOLOGÍA EXTERNA.

TRATAMIENTO DE LOS ANEURISMAS ARTERIALES, *por el Dr. Paul Reclus.*—El tratamiento de los aneurismas es uno de aquellos que la antisepsia ha modificado más lentamente; como en tiempo de la infeccion purulenta, los cirujanos prefieren, para tratar los aneurismas, los procedimientos no sangrantes. Su triunfo, sin embargo, está hoy amenazado y los ataques son tan vivos, que nos parece próxima una derrota irremediable. Queremos, pues, estudiar este cambio de frente, apoyándonos en los notables artículos publicados por Pedro Delbet en la "Revista de Cirujía," y sobre una Memoria inédita de nuestro colega Félix Brun.

I

Los métodos imaginados para combatir los aneurismas arteriales han sido casi innumerables, pero pocos sobreviven; hoy, no se recurre mas que á la flexion forzada, al menos cuando se trata de un aneurisma poplíteo; á la venda de Esmarch, á la compresion digital; en fin, á la ligadura de la arteria y á la incision ó á la excision del saco.

Entre estos procedimientos hay uno: *la flexion forzada*, que nos parece muy comprometido, á despecho de las esperanzas que produjo desde que apareció. En efecto, desde que Maunoir y Hart, en 1857, publicaron su primera tentativa y su primer curacion, el nuevo método, de una aplicacion fácil y sencilla, fué acogido por nuestros cirujanos más competentes; pero cuando las observaciones se hubieron multiplicado, se hubo de reconocer que la flexion tiene sus inconvenientes y que era necesario rebajar el entusiasmo de los primeros dias.

La flexion es muy dolorosa; tanto, que á veces es necesario hacerla muy enérgica para detener el curso de la sangre en el saco: el talon debe estar en contacto con la nalga. Semejante actitud, no puede ser mantenida durante el tiempo necesario para alcanzar la curacion; el paciente no puede soportarla hasta el fin sin el socorro de la anestesia, que desgraciadamente es inaplicable en la mayor parte de los casos, puesto que la duracion média del tratamiento es de catorce dias.

Mas aún, si la curacion fuese la recompensa habitual de aquellos que han soportado este tratamiento, el método seria admisible; pero lejos de eso, las estadísticas no dejan aparecer las ilusiones: Barwell concluye en 46% de resultados felices y aun está fuera de la verdad, pues Fischer en nuevos casos en que ha sido aplicado el tratamiento no cuenta más que 42% y Delbet 36%; cifras son estas que dicen bien poco, sobre todo si se piensa en que la flexion mantenida, produce la rigidez de la articulacion, artritis, rupturas, supinaciones del vaso y gangrena. Así, en 59 insucesos de la estadística de Barwell, 4 veces se amputó el miembro por accidentes de este género.

La flexion no es, pues, un procedimiento de eleccion; es verdaderamente infiel y pensamos con Delbet que debe quedar limitado á algunos casos muy raros en que el aneurisma desarrollado sobre un individuo jóven, sin tasa órganica apreciable, sin lesion articular en la rodilla, es un tumor pequeño, de paredes gruesas y que presenta una gran tendencia á la curacion espontánea. ¿No se han observado casos (Barwell) de aneurismas que se han solidificado en algunas horas por el solo hecho del reposo, agregado á la flexion espontánea de la rodilla? Seria inperdonable privar á los enfermos de un beneficio tan sencillo.

II

La compresion elástica preconizada por Walter Reid en 1875, tiene, al menos, sobre la fle-

xion forzada, la ventaja de ser aplicable á todos los aneurismas de los miembros. Se podria creer que es extraordinariamente sencillo: se enrolla la venda de Esmarch desde la extremidad del miembro al nivel del aneurisma que se deja á descubierto y despues inmediatamente arriba del saco, se aplica una nueva venda que se detiene en la raíz del miembro, en donde se interrumpe la circulacion por una constriccion enérgica con el tubo de caoutchouc; al cabo de media hora, se quitan las dos vendas.

Esto es solamente el primer tiempo; el aneurisma esté ó no solidificado, se debe comenzar la compresion digital antes de quitar el tubo constrictor, porque si una onda sanguínea vigorosa abordase el saco, desagregaria sin duda los coágulos friables y provocaria la aparicion de embolias y gangrenas. Esta compresion debe mantenerse por muchas horas, á veces aun muchos dias, hasta el punto que es de preguntarse, si la venda de Esmarch disminuye, en algo, el tiempo que exige la compresion digital sola para producir la curacion. Segun Mannoury, Delbet no sabria decir si en definitiva el método de Reid tiene una accion cualquiera sobre el saco aneurismal.

Si la venda es inútil, es perjudicial; primeramente porque es dolorosa hasta el grado de necesitar la anestesia que debe durar tanto como la compresion elástica misma, y la administracion del éter ó del cloroformo nunca ha pasado como indiferente en cirujía.

Pueden acaecer, además, accidentes graves: la supresion de la sangre del miembro, es una especie de "auto-transfusion" que cria una plétora rápida, á menudo peligrosa en los enfermos atacados de degeneracion grasosa del corazon; este órgano se fatiga por el esfuerzo que necesita ejercer para vencer el exceso de tension que adquiere la sangre; se han citado casos en que este mecanismo puede ser invocado para explicar la muerte sobrevenida cuatro meses, dos meses y medio y veintisiete horas despues de la compresion elástica.

La gangrena ha sido más á menudo observada á consecuencia de la compresion elástica, que despues de otros procedimientos: Delbet, en una estadística que comprende 73 aneurismas poplíteos tratados por la compresion elástica, cuenta 4 esfaceles, de los cuales 3 han necesitado la amputacion del miembro, mientras que se cuentan 3 solamente sobre 144 aneurismas del mismo sitio tratados por los otros métodos de compresion; dejando á un lado los casos ligeros de esfacele que no han reclamado ninguna intervencion, se encuentra que, hasta hoy, el método de Reid ha dado 4.10 por 100 de gangrenas, mientras que los otros procedimientos de compresion no han dado más que 2,08. Es una diferencia de más de la mitad.

No es esto todo; este método, cuando fracasa, no deja las cosas en el mismo estado, y el tratamiento sangrante, que es forzoso instituir entonces, provoca más fácilmente la gangrena. En efecto, la compresion elástica parece predisponer el miembro á la gangrena. Tal es lo que resulta de las estadísticas levantadas por Delbet: sobre 20 aneurismas proplíteos tratados por la ligadura, despues de haber fracasado la venda de Esmarch, 3 se han terminado por la gangrena, sea una proporcion de 15 por 100, mientras que la misma ligadura practicada despues de haber fracasado la compresion digital ha dado menos de 10 por 100: 5 gangrenas sobre 52 aneurismas.

Y esta consideracion no es despreciable, porque el insuceso de la compresion elástica es desgraciadamente frecuente: aun con la adyuncion de la compresion digital que, ya lo hemos dicho, es probablemente el único eficaz, no da siquiera una curacion sobre dos casos, proporcion que es muy diferente que aquella con que se anunciaba el método cuando apareció: se hablaba entonces de 6 resultados felices por 7 aneurismas tratados; fué necesario, sin embargo, rebajar un poco y el año siguiente no se contaban mas que 10 sobre 15 y despues de 14 sobre 25; en la estadística de Pearce Guld se compensan los buenos resultados con los malos; sobre 70 casos, se encuentran 35 curaciones. En fin, llega el cuadro más reciente de Delbet, que sobre 83 casos hay 40 felices y 43 desgraciados.

(Continuará).

OTITIS MEDIAS AGUDAS; PAPEL DE LOS MICROBIOS.—El Sr, Dr. Netter, médico de los hospitales, publica en los *Annales des maladies de l'oreille* un trabajo que demuestra: que las otitis están en relacion con la existencia de ciertos micro-organismos y, por otra parte, que existen muchas especies de otitis que tienen

cada una un microbio particular. Sin insistir aquí sobre el detalle de estas investigaciones, haremos notar, solamente, que tienen un interes práctico. En efecto, el Sr. Netter demuestra que todos los microbios patógenos que se encuentran en las otitis pueden hallarse en las fosas nasales, la boca ó la faringe de un individuo sano. Además, la bilateralidad frecuente de la otitis, la existencia tan comun, en su principio, de afecciones de la garganta y de la nariz, permite afirmar que, en la gran mayoría de casos, los agentes patógenos vienen de la cavidad buco-faringea y que llegan á la caja del tímpano por las trompas de Eustaquio. Este modo de invasion explica la produccion de las otitis en las enfermedades generales tales como: la fiebre tifoidea, el sarampion y, sin duda, tambien, la difteria, la escarlatina, etc. Estas enfermedades, generalmente se acompañan de lesiones faringeas.

La sequedad de la boca, la dificultad en la deglucion favorecen la pululacion de los microbios en la boca y la faringe, al mismo tiempo que el debilitamiento general disminuye la resistencia del organismo y del órgano.

Ahora bien, supuesto que los microbios peligrosos se encuentran en la boca y la nariz, se debe uno esforzar en disminuir el número y la actividad de ellos, oponiéndose á que emigren á las trompas. El aseo y los gargarismos antisépticos serán, sin disputa, de una grande utilidad profiláctica. Un exámen cuotidiano de la boca y de la faringe será, pues, necesario en las enfermedades en que esta complicacion es tan frecuente. Estos cuidados higiénicos disminuirán el número de las otitis, y prevendrán los accidentes faringeos contra los cuales ya se han recomendado.—(*Jour. de Médecine et de Chirug.*)

SOBRE UN PUNTO DE ANTISEPSIA, *por Laplace.*—Las experiencias é investigaciones del Dr. Laplace en lo que concierne á la potencia antiséptica de las soluciones de bicloruro de mercurio, son aún poco conocidas, como lo prueba la práctica diaria de los hospitales, aun en aquellos en que la antisepsia se usa con mayor frecuencia.

Creemos, pues, útil recordarlas aquí, dada la importancia práctica de las conclusiones que sus estudios comportan.

En una série de estudios relativos á este objeto, el autor ha demostrado, no sin sorpresa, que en realidad la potencia antiséptica y germicida de la mayor parte de los objetos de curacion *al sublimado*, tales como la gaza, ouate, vendas y Licor de Van-Swieten, es extraordinariamente pequeña en razon de la formacion de un precipitado insoluble de albuminato de mercurio, formado por el sublimado en contacto de la serosidad de las heridas. Para prevenir la formacion de este precipitado, se debe añadir á las soluciones de sublimado empleadas sin ácido que se oponga á la reaccion química citada, y que deje á este antiséptico toda su potencia primera; la cual, como acabamos de decir, queda nulificada en el momento mismo en que se tiene necesidad de ella.

Es indiferente, en teoría, emplear tal ó cual ácido; pero en práctica, el autor preconiza el ácido tártrico.

La fórmula de Licor de Van-Swieten para los usos quirúrgicos, debe ser modificada del modo que sigue, si no se quiere que su valor antiséptico sea puramente una ilusion:

Sublimado	1 grams.
Acido tártrico	5 „
Clorhidrato de amoniaco	1 „
(Para disolver).	
Agua	1 litro.

Agreguemos que en el excelente servicio de Lúcas-Championière, es la fórmula uniformemente empleada desde hace algun tiempo. Por precaucion, este cuidadoso cirujano utiliza concurrentemente la solucion fenicada fuerte al vigésimo.

TERAPÉUTICA.

SOBRE LA FENACETINA.—Se han hecho últimamente un gran número de expériencias con el objeto de determinar exactamente el valor de la fenacetina como antitérmico. Las conclusiones á las cuales se ha llegado, están en perfecto acuerdo con las de Dujardin-Beaumetz.

Greenfeld ha escrito un artículo encomiástico sobre este nuevo agente, que declara constituir un medicamento precioso, perfectamente seguro y cuyas propiedades son incontestables.

El efecto buscado se produce ordinariamente á la media hora que sigue á la administracion. El enfermo sufre transpiraciones abundantes, algunas veces experimenta una rápida somnolencia y duerme. Durante el sueño, los dolores

se calman y al despertar siente un bienestar cierto.

Las dósis que fija para un adulto, varían entre 30 y 50 centígramos. El Dr. Roe *(Brit. Med. Journ.)*, confiesa que siempre ha visto que la fenacetina obra maravillosamente á la dósis de 0.25 á 0.60.

Sus efectos serian, á esta dósis, relativamente mínimos, pero más marcados y mucho más durables que los que sobre la fiebre produce la antipirina.

No produce ni calosfrios, ni nauseas, ni vómitos.

Como anti-nevrálgico, la experiencia del autor es insuficiente; sin embargo, posee testimonios favorables al empleo de la fenacetina en las nevralgías.

El Dr. Koller, de Viena, en el *(Brit. Med. Journ.)*, ha publicado igualmente los resultados de su experiencia concerniente á este nuevo medicamento.

Están conformes con los obtenidos por los autores precitados.

Algunas veces, á pesar de la caida de la temperatura producida por la fenacetina, no se produce sudor excesivo, y contrariamente á la opinion de Greenfel; cuando este fenómeno ocurre, ės necesario vigilar atentamente al enfermo. Refiere un caso de hipotermia en estas condiciones. La temperatura cayó á 95° Farenheit y durante algun tiempo el estado del paciente no dejó de inspirarle serios temores.

UNA NUEVA INDICACION DE LA CODEINA, *por el Dr. Lauder Brunton (The British Journal et American Druggist)*.—El eminente médico y terapeutista inglés Lauder Brunton, propone un nuevo empleo de la codeina, cuya eficacia encomia en el tratamiento de los dolores, cuyo sitio especial es el abdomen, y que revelan un desórden funcional en el campo de distribucion del gran simpático abdominal.

Barbier fué el primero, en 1834, que avanzó que la codeina ejerce principalmente su accion calmante sobre el sistema nervioso del gran simpático abdominal (ramas eferentes y plexus secundarios emanados del plexus sóleo).

De las experiencias y observaciones de Lauder Brunton, resulta de una manera evidente, que la codeina posee, en efecto, una accion poderosa que se ejerce en el alivio de los dolores, que tienen por asiento las vísceras abdominales, es decir, en el campo de distribucion del plexus sóleo.

La codeina presenta, además, la ventaja no despreciable, de poder ser administrada á mayores dósis que la morfina, sin determinar como ella la somnolencia y el malestar general que caracterizan la accion de este último alcaloide.

La codeina, segun el autor, no ejerce accion ninguna sobre la respiracion, ni perturba el funcionamiento del sistema intestinal. Encuentra sus indicaciones especiales en los casos en que coexisten, con los dolores abdominales, alguna lesion cardiaca ó de los pulmones, ó aquellas afecciones en las que importa no producir constipacion.

Por otra parte, cuando existe diarrea como en los casos de tumores del colon, del recto, de los tractus intestinales, la morfina ó el ópio, deben ser preferidos á la codeina en razon misma de esta complicacion, sobre la cual este alcaloide no tiene accion alguna.

En los casos de enteralgia rebelde, *sine materia*, la codeina ha hecho desaparecer los dolores durante meses enteros, sin que sea necesario aumentar progresivamente la dósis y administrar más de un grano (0.05) tres veces por dia. En ciertos casos de tumores abdominales de naturaleza maligna, los efectos de la codeina se han mostrado de igual eficacia.

Es entonces evidente, concluye el autor, que la codeina es digna de suscitar investigaciones ulteriores en el sentido indicado por estos hechos de observacion.

NUEVO TRATAMIENTO DEL CÓLERA.—El Sr. Dr. Ivert indica los resultados que ha obtenido en Tonkin en el tratamiento del cólera por el empleo del bicloruro de mercurio. Ha empleado esta sustancia en razon de sus propiedades parasiticidas. Segun su experiencia, este tratamiento tendria la ventaja de dirigirse no solo á los casos de cólera bien confirmado, sino tambien previene su aparicion en los individuos que están más particularmente expuestos durante el curso de una epidemia. El Sr. Ivert ha dado el licor de Van-Swieten á la dósis de 20 á 40 gramos en veinticuatro horas, asociado al rón y al láudano. Hé aquí la fórmula empleada:

Licor de Van-Swieten..... 20.00 grams.
Rón................ 30 á 40.00 „

Láudano de Sydenham. 30 á 40.00 grams.
Agua .... 70.00 „

Para tomar por cucharadas cada hora.

Este tratamiento ha reducido á veinte por ciento la mortalidad; pero ha tenido sobre todo la ventaja de proteger contra la enfermedad á un gran número de personas fatalmente predispuestas al contagio por su debilidad y el medio en que se encontraban.

Esta sustancia detiene las diarreas coleriformes en un tiempo muy corto.

El autor aconseja, en tiempo de epidemia, tomar diariamente, al fin de la comida, 10 gramos de Licor de Van-Swieten en un poco de alcohol. Este medicamento ha sido siempre bien tolerado por los enfermos.—*(Journ. du Méd. et Chir).*

COMPARACION DE LOS ANTIPIRÉTICOS, *por el Dr. Gates*, del Hospital de Filadelfia.—Con la mira de determinar el valor relativo de la antipirina, la acetanilida, la fenacetina y las píldoras de Niemeyer, se han hecho algunas experiencias en el Hospital Médico-quirúrgico, en el servicio del Profesor Wm. Waugh.

El objeto principal fué determinar cuál de todas esas sustancias determina el mayor descendimiento de temperatura.

Fueron elegidos dos enfermos afectados de fiebre héctica, debida á la tísis pulmonar crónica, en los que fueron administrados dichos medicamentos en diferentes períodos, pero en iguales condiciones.

Su eficacia relativa parece demostrarse mejor comparando el promedio de temperatura diariamente, durante la administracion de cada uno.

Damos adjunta la tabla que demuestra el promedio dicho, obtenido por el uso de varios agentes, así como el número de dias, en los cuales fueron administrados, dispuestos en el órden de su efecto relativo. De su exámen resulta que una temperatura uniforme se ha podido sostener por la acetanilida en dósis de 5 granos (0:30; cada gramo segun la farmacopea americana corresponde á 0gr.06, N. del T.), cuatro veces al dia, con la fenacetina, 12 granos diarios (0gr.72) dados en dósis fraccionadas, la antipirina á 15 granos (0gr.90) tres veces al dia. La creosota y dósis pequeñas de fenacetina, producen oscilaciones más ampliās que cuando no se usaba nada.

En la oscilacion extrema, desde el más elevado hasta el más bajo registro de temperatura, la mayor fué de siete grados, (probablemente grados Farh. N. del T.), obtenida con la creosota.

Despues se ensayó la fenacetina en dos casos, durante un período de 5 dias cada uno, administrando á cada enfermo 5 granos (0gr.30) cuatro veces al dia.

El punto más alto de temperatura fué 101°6 Farh.; la oscilacion mayor 4°2. y la media 1°78.

MEDICAMENTO.	Dósis diaria.	Promedio.	Modo de administracion	Núm. de dias
1.—Acetanilida........	20 granos	7833 +	Fraccionada	24
2.—Tenacetina........	6 á 12 „	1.1458 +	„	15½
3.—Antipirina........	15 „	1.4666 +	„	3
4.—Fenacetina........	6 á 12 „	1.9443 +	Por ambas vías	35½
5.—Fenacetina........	10 á 12 „	2.1089 +	Una dósis	12½
6.—Creosota y Acetanilida........	5 gotas ó 5 „	2.1893 +	Fraccionada	21
7.—Píldoras de Niemeyer	Núm. 3	2.7079 −	Una ter.	24
8.—Acetanilida........	6 granos	2.9844 +	Fraccionada	9½
9.—Nada........		3.40		4
10.—Fenacetina........	7 „	3.5221 +	„	7½
11.—Creosota........	3 á 15 gotas	3.6503 +	„	26½

POSOLOGÍA DE ALGUNOS REMEDIOS NUEVOS. —*B. Fischer* da los dos cuadros que siguen de las dósis máxima para el adulto de varios nuevos remedios.

En ambos cuadros, contiene: la primera columna la dósis máxima que, sin peligro, puede prescribirse en una sola vez; y la segunda, la

que puede darse en las veinticuatro horas. Las preparaciones que llevan * deben conservarse al abrigo de la luz.

A. Con la mayor precaucion.

Clorhidrato de eritrofleina.	0gr.01	0gr.03
Fenato de mercurio.......	0. 03	0. 10
* Formiato de mercurio...	0. 03	0. 10
* Fenato de mercurio.....	0. 03	0. 10
Salicilato de mercurio	0. 03	0. 10
Bromhidrato de hioscina..	0. 001	0. 003
Sulfato de hiosciamina....	0. 001	0. 003
Nitroglicerina...........	0. 001	0. 005
Estrofantina y sus sales...	0. 0005	0. 003

B. Con precaucion.

* Acido perósmico	0gr.015	0gr.05
Agaricina.................	0. 015	0. 05
Hidrato de amilena.........	4. 00	8. 00
Antifebrina (Acetanilida) ...	1. 00	3. 00
Tanato de canabina	0. 1	0. 2
Canabinona................	0. 1	0. 3
Clorhidrato de cocaina......	0. 1	0. 3
* Gayacol.................	0. 1	0. 5
Haschischina..............	0. 1	0. 3
Hidroquinona..............	0. 8	1. 5
Hipnona..................	0. 5	1. 5
* Iodal..................	0. 2	1. 0
* Osmato de potasio........	0. 015	0. 05
Kairina	1. 00	4. 00
Metital..................	4. 00	8. 00
* Resorcina	0. 03	1. 00
Sulfato de esparteina.......	0. 03	0. 1
Sulfonal..................	4. 00	8. 00
* Sulfato de thalina........	0. 5	1. 5
* Tartrato de thalina.......	0. 5	1. 5
Strafantus al quinto (Tintura de).....................	0. 40	0. 80

(*Berlin. Pharmac. Zeitung.*)

GINECOLOGÍA.

EL OLEATO DE ZINC EN GINECOLOGIA.—Esta sustancia llena varias indicaciones. Es cáustica y un poco astringente, su accion antiséptica es notoria. Haslam recomienda mezclarla con iodoformo (partes iguales), ó bien en la proporcion de dos partes de iodoformo para una de oleato de zinc.

Se encuentra indicada en la ulceracion cancerosa del cuello, en cuya afeccion disminuye el dolor y evita el mal olor; en la endometritis aminora la congestion.

Como método de aplicacion local, el autor prefiere las insuflaciones ó la aplicacion por medio del tapon. De esta manera, su valor terapéutico es superior al del bismuto, el óxido de zinc y el alumbre. A las propiedades bien conocidas del iodoformo, añade la de ser astringente. Como tópico, esta sustancia es sin duda preferible en los casos en que los cáusticos están indicados (*Gazette de Gin*).

OFTALMOLOGÍA.

ESCLERITIS.—Dufour, de Lausanne, despues de recordar la influencia de la gota y el reumatismo sobre la produccion de la epiescleritis, propone el sustituir á las otras medicaciones generales (quinina, arsénico, ioduros, mercuriales alcalinos), el salicilato de litina, asociándole atropina y compresas calientes.

Panas confirma el feliz efecto del medicamento, recomendado por la primera vez por Vulpian en el reumatismo. Lo emplea ya en la escleritis y en la esclero-coroiditis anterior, y ha obtenido excelentes resultados.

FORMULARIO.

PASTILLAS CONTRA LA FETIDEZ DEL ALIENTO.

Café torreficado y pulverizado.	75,00
Carbon pulverizado..........	25,00
Ácido bórico en polvo........	25,00
Sacarina....................	00,65
Tintura de vainilla..........	c. b.
Mucílago de goma...........	c. b.

H. s. a. pastillas de 0,70 centígr. cada una.

(*Amer. Druggist.*)

CONTRA EL CORIZA AGUDO.

Agua destilada..............	30.00
Alcohol....................	30.00
Acido fénico................	3.00
Mentol....................	0.20
Amoniaco..................	XX gotas.

Inahalaciones.

POMADA CONTRA LAS VARICES.

Cloruro de barium...............	2.00
Agua destilada..................	c. b.
Lanolina.......................	45.00
Aceite de almendras dulces.........	4.00

Para untar 3 veces al dia sobre las venas dilatadas.

TRATAMIENTO DEL SUDOR DE LOS PIÉS.

I. Glicerina.................. 10,00
Percloruro de fierro líquido. 30,00
Esencia de bergamota...... XX gotas.
Para locionar los piés á mañana y tarde.

(*Columb. Med. Jour*).

II. Ácido salicílico........... 3 partes.
Almidon................ 10 „
Talco.................... 87 „
Para aplicar cinco gramos de este polvo.

III. Ácido salicílico........... 2 partes.
Sebo de carnero.......... 100 „
(Pomada prescrita por las *leyes militares prusianas*).

(*Les Nouveaux Rem.*)

UNGUENTO EN LAS HEMORROIDES.

Ungüento populeum .... 30 grams.
Cerato de Saturno ...... 10 „
Ext. de belladona. } ââ... 1 „
Ext. de opio ..... }
Antipirina.............. 3 „

ANTISEPSIA INTESTINAL.

La presencia de micro-organismos en el tubo digestivo y en las materias fecales, es un hecho conocido desde hace tiempo.

Gran número de estos microbios tienen la propiedad de producir la putrefaccion, lo que engendra la mayor parte de las enfermedades de las vías digestivas, dando orígen, en el estómago y el intestino, á una serie de productos más peligrosos que la presencia misma de los microbios, y cuya importancia es considerable. Estos productos son las ptomainas y diversos cuerpos de los más tóxicos, que se producen, sobre todo, en la humedad, al abrigo del aire, y á una temperatura cercana á cuarenta grados, condiciones que son las del tubo digestivo.

Desde luego los métodos terapéuticos que tienen por obejeto destruir estos microbios, por la Antisepsia intestinal, son de los más racionales, sobre todo si se emplea un antiséptico que, sin dañar en modo alguno al enfermo, asegure la antisepsia completa del tubo digestivo.

El valor de los naftoles, como medicamentos antisépticos, ha sido objeto de investigaciones especiales por parte del Sr. Bouchard, que ha encontrado en la débil solubilidad de estas sustancias una cualidad preciosa y muy favorable para su empleo terapéutico. En efecto, si los antisépticos solubles bastan para desinfectar una superficie accesible; al contrario, para la antisepsia, en el espesor de los tejidos ó en las cavidades difícilmente accesibles donde no se pueden practicar lavados contínuos, los antisépticos insolubles ó difícilmente solubles son los únicos que se pueden emplear. Este es el caso del naftol-B: en el agua se disuelve á la dósis de 0,gr2 para 1000; de 0,gr33 en agua que contenga 1 de alcohol para 1000; 1 gramo en agua que contenga 50 de alcohol para 1000; y así sucesivamente.

A la dósis de 0,33 para 1000 de sustancia nutritiva, este naftol impide completamente el desarrollo de la mayor parte de los asmas patógenos.

Para la antisepsia intestinal, 15 milígramos de biioduro de mercurio son ya tóxicos, mientras que la dósis de naftol *no disuelto* capaz de ser tóxico para un adulto de 65 kilógramos, es de cosa de 230 gramos; ahora bien, 2.gr50 de naftol-B bastan para realizar la antisepsia intestinal.

La mejor manera de administrarlo es prescribir las obleas de Trouette-Perret á la dósis de 10 al dia, sea una cada 2 ó 3 horas.

TIP. DE DUBLAN Y COMP.

VOL. I. México, Enero 15 de 1889. NUM. 22

REVISTA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO BIMENSUAL DIRIGIDO POR EL DR. JOSE RAMOS.

DIRECCION Y REDACCION:
REFUGIO NUM. 15, ENTRESUELO,
DESPACHO DE LOS SRES.
E. DUBLAN Y COMP.
Administrador y propietario: Dr. Manuel Barreiro.
Apartado en el Correo núm. 619.

PRECIOS DE SUSCRICION:

EN LA CAPITAL
Por un mes....................$ 0 50
Por seis meses.................. 2 50

EN LOS ESTADOS
Por un mes....................$ 0 62
Por seis meses.................. 3 00

PRENSA EXTRANJERA QUE RECIBIMOS PARA LA FORMACION DE LA REVISTA:

"Gaceta Médica de Paris."—"Gaceta de los hospitales civiles y militares de Paris."—"Periódico de las Sociedades Científicas."—"Revista Científica."—"La Naturaleza."—"Gaceta Hebdomadaria."—"Revista de Medicina," de Bouchard, Charcot y Chauvau.—"Anales de las enfermedades de los órganos genito-urinarios."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Lúcas Championière.—"Periódico de Medicina de Paris," de Lutaud.—"Boletin de la Academia de Medicina."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Bruselas.—"El Electricista."—"El Tiempo Médico," de Filadelfia.—"El Registro Médico."—"El Mundo Médico."—"Anales de Ginecología," de Boston.—"La Lanceta," de Lóndres.

SECCION EDITORIAL.

EMPLEO DEL CALOMEL EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR

Por el Doctor Eduardo Licéaga

(Carta dirigida al Sr. Dr. James Edmunds)

México, Noviembre 18 de 1888.

Sr. Dr. James Edmunds.
S. Graften Street, Piccadilly.

Muy apreciable compañero y señor:

Desea vd. que le comunique la manera con que hago el tratamiento de la tuberculizacion pulmonar por medio del calomel. Voy á satisfacer su deseo, explicándole antes cómo llegué á la aplicacion de los mercuriales en los padecimientos tuberculosos del pulmon.

Usted sabe, señor doctor, que de tiempo inmemorial se trata por el calomel y por las unciones de ungüento mercurial la meningitis tuberculosa de los niños: que con este tratamiento se han obtenido buenos resultados; yo mismo he tenido éxito en la curacion de un niño que se hallaba en un periodo avanzado de la enfermedad, y en muchos otros casos, cuando aun no se ha hecho un derrame seroso en la aracnoides, ó al menos, cuando el derrame es poco abundante.

Usted recordará que el Dr. O'Beirne recomendaba el uso de las preparaciones mercuriales para combatir la artritis escrofulosa de la cadera y de la rodilla, y que esta práctica, aceptada por muchos médicos, lograba impedir el progreso de tan terrible enfermedad, siempre que no habia llegado al periodo de ulceracion.

El conocimiento de la Memoria del Doctor O'Beirne, inspiró al sabio clínico de Dublin, Mr. Graves, la idea de tratar la bronquitis y las pneumonías escrofulosas por el uso de los mercuriales. Mr. Graves los recomienda en aquellos casos en que la enfermedad comienza por una inflamacion escrofulosa del pulmon...... "En estos casos *solamente* deben ensayarse los mercuriales, y aun entonces no son útiles sino cuando la afeccion pulmonar ha comenzado de repente, bajo la influencia de alguna causa ocasional cierta, como enfriamiento ó una hemoptisis...."—(Lecciones de Clínica Médica del Dr. R. J. Graves, traducidas al francés por el Dr. Jaccoud. Paris, 1863. Leccion 45. Página 172).

Los límites de una carta no me permiten seguir al autor en las consideraciones que hace para demostrar que los mercuriales se han de emplear en las bronquitis y las pneumonías escrofulosas, en las personas que tengan predisposicion á la tísis, pero antes de que se desarrollen fenómenos generales; en suma, cuando, á

su juicio, no hay aún tísis; pero no puedo, sin embargo, dejar de citar el pasaje siguiente:.... "Cuando un enfriamiento súbito en una persona escrofulosa ha determinado la inflamacion de la mucosa brónquica ó del tejido pulmonar —si el enfriamiento es reciente—y no hay lugar de suponer la existencia de tubérculos, el mercurio logra admirablemente detener la marcha de esta afeccion, que descuidada ó mal tratada se terminaria, probablemente, por la tísis......"—(Loc. Cit. Pág. 176).

Si quedare duda sobre el pensamiento del autor, se encarga de quitárnosla el traductor Mr. Jaccoud, en una nota de la misma página de la obra citada, comentando esta frase de Mr. Graves:.... "A pesar de tal restriccion, este método es, á mi juicio, una adquisicion preciosa para ciertas afecciones que tienden á degenerar en tísis...." La nota de Jaccoud, dice así: "Llamo expresamente la atencion sobre esta última frase, á fin de que por una de esas interpretaciones erróneas, que son tan frecuentes, no se atribuya al autor el pensamiento de tratar la tísis por los mercuriales. Graves, reserva este medicamento para las afecciones inflamatorias que se desarrollan en los individuos escrofulosos y que tienden á degenerar en tísis."

Fundándome en esta opinion y en el hecho, por mí muchas veces observado, de que la tabes mesentérica se cura con el uso de la masa azul inglesa, me decidí á hacer la aplicacion de las preparaciones mercuriales en personas evidentemente tuberculosas.

La primera que se me ofreció á la observacion fué una señorita de 18 años de edad, que hasta aquella época habia sido sana, y en quien apareció una bronquitis interna, que á poco se acompañó de fiebre, de sudores, de enflaquecimiento marcado, de pérdida del apetito y otras perturbaciones del aparato digestivo. Cuando me cercioré de que la enfermedad no cedia á los medios aconsejados para estos casos, el exámen de la enferma me hizo reconocer que habia un endurecimiento marcado en el vértice del pulmon derecho; y entonces la sujeté al uso del calomel al interior, del ungüento mercurial al exterior y á la aplicacion de pequeños vejigatorios volantes en la region subclavia y en las adyacentes. Cuando apareció la gingivitis suspendí los mercuriales. Ya fuera por el uso de estas preparaciones, ya porque la inflamacion de las encías no dejaba comer á la enferma, sus fuerzas se postraron y en su semblante se descubria el deterioro que habia sufrido el organismo; pero la mejoría en el estado general se hizo sentir luego, cesaron la calentura y los sudores, volvió el apetito, disminuyó rápidamente la tos, volvieron las fuerzas, y los signos del endurecimiento pulmonar se fueron disipando lentamente hasta desaparecer del todo Esta primera aplicacion de los mercuriales la hice al principio del año de 1871. La enferma á quien se refiere esta observacion vive perfectamente sana.

Comuniqué este resultado á los miembros de la Sociedad Familiar de Medicina, y en los casos que se me ofrecieron posteriormente cuidé de que los mismos señores ú otros médicos distinguidos de la ciudad, comprobaran la existencia de la infiltracion tuberculosa del pulmon y cuando el diagnóstico estaba conforme, procedia yo á la aplicacion del método.

En el año de 1881 hice sobre este asunto una conferencia delante de la mejor parte de los médicos de Guanajuato, mi ciudad natal.

Constantemente los resultados obtenidos fueron la curacion más ó menos rápida de los enfermos, pues únicamente hay que exceptuar dos casos: uno que yo asistí y otro atendido por el Dr. Brassetti, en los cuales la aplicacion se hizo en enfermas llegadas al periodo de ulceracion pulmonar y en las que se encontraron amplias cavernas.

No seria posible referir en una carta las numerosas observaciones que he recogido de enfermos en condiciones semejantes al que me sirvió de tipo; pero como deseo precisar con exactitud las circunstancias en las que el uso de los mercuriales es de un resultado seguro, paso á fijar las condiciones en que los he usado.

a. Siempre que hay señales de endurecimiento pulmonar de naturaleza tuberculosa.

(Hasta estos últimos tiempos me he servido para el diagnóstico de los caractéres clínicos aceptados por la universalidad de los médicos; pero desde que se generalizó el conocimiento del *bacillus* de la tuberculosis, he agregado á esos medios, la demostracion del microbio en los esputos).

b. La infiltracion tuberculosa del pulmon, acompañada ó no de bronquitis intensa, reclama el uso de los mercuriales y de los vejigatorios.

c. Las bronquitis tuberculosas exigen el mismo tratamiento.

d. Empleo el método en la tuberculizacion pulmonar reciente ó antigua, con tal qne no haya llegado al periodo de ulceracion.

e. Lo uso cuando hay fiebre contínua ó intermitente ó remitente, cualquiera que sea el estado de las vías digestivas; solo que si hay diarrea, aconsejo la dieta láctea y combato despues la perturbacion intestinal por los medios apropiados.

No encuentro más que dos contraindicaciones: la ulceracion del pulmon cuando ha producido cavernas considerables ó el agotamiento profundo del enfermo; pues en estos casos, lejos de obtenerse resultados ventajosos, los enfermos sucumben más rápidamente que sin el tratamiento, como sucedió eu los dos casos que antes referí.

Debo advertir, que el tratamiento por los mercuriales y vejigatorios, modifica de un modo rápido y favorable el estado local y general del enfermo, hasta el grado de que se restituye *in integrum* en muchos casos, y que los enfermos vuelven á gozar de salud completa. Esto pasa en los enfermos de fecha reciente ó de mediana intensidad; pero en otros el método indicado, abre el camino de la curacion, y para completarla se necesita recurrir á otros medios que varian segun los casos. Voy á enumerar los que empleo más frecuentemente:

Desde luego, la higiene; la residencia en el campo, si es posible; la habitacion expuesta al Mediodía ó al Oriente; la respiracion de un aire puro; el ejercicio al aire libre; la hidroterapia cnando desaparece la calentura; los alimentos nutritivos y sanos, etc. (Intencionalmente no hablo de la conveniencia de habitar un clima de grande altitud sobre el nivel del mar, pues deseo hacer de este tema el asunto de otra carta que tendré la honra de dirigir á vd.)

Despues de los mercuriales empleo constantemente el ioduro de sodio en esta fórmula:

Aquæ distillatæ......... 50 grams.
Yodureti sodici......... 10 „

Para gotas: comenzar por diez, aumentar diez cada dia, llegando á doscientas, volver á empezar: tomadas siempre en agua pura ó azucarada: el empleo de esta sustancia se prolongará por muchos meses.

Si no he quedado satisfecho del tratamiento mercurial, al uso del ioduro agrego el de la masa azul inglesa:

Massæ cerulæ anglicana... 1 gramo.
f. cum excipiente idoneo.... 20 pill. cada dia.

El empleo permanente de los vejigatorios es conveniente; mas para no fatigar á los enfermos les recomiendo que se apliquen uno volante (es decir, no supurado) cada semana, en diferentes puntos del torax, de preferencia en el lado enfermo. Hay persona que necesita un gran número, pero comunmente bastarán 10 ó 12 en los casos incipientes. Como en algunos enfermos la repeticion de los vejigatorios origina diviesos al rededor, rehusan continuar esta revulsion, y entonces la sustituyo con puntas de fuego. Con el cono agudo del termo-cauterio de Paquelin, hago 20 ó 30 puntos de fuego en una extension limitada del torax y en este caso repito más frecuentemente las aplicaciones.

Mientras queda algun punto del pulmon endurecido continúo la revulsion, aun cuando haya de prolongarse durante muchos meses.

Las simples bronquitis en los tuberculosos las trato siempre por los vejigatorios.

Si la lesion pulmonar, aunque mejorada, permanece estacionaria, suelo volver al uso del calomel al interior y del ungüento mercurial al exterior.

Si el enfermo no recobra su robustez primitiva, si la salud queda delicada, empleo el arsénico en la forma de arseniato de estricnina:

Extracti cinchonæ..... 3.00 grams.
Arseniati estrychnici... 0.03 „

Para 30 píldoras: comenzar por una cada dia á la hora de comer, aumentar una cada cuatro dias; llegando á cinco píldoras diarias volver á empezar. Esta medicacion la continúo tambien por mucho tiempo.

Insensiblemente me he deslizado en el tratamiento de la tísis de marcha lenta y forma crónica; pero como es muy frecuente que la medicacion mercurial, cuando no cura de una vez, modifique la enfermedad favorablemente, se impone la necesidad de perfeccionar la curacion por medios que obran con más parsimonia.

Muchos pacientes, y aun muchos médicos se espantan del deterioro que sufre la salud de los enfermos, mientras están sometidos á la medi-

cacion mercurial; pero pasados algunos dias, la calentura desaparece, cesan los sudores, la tos disminuye de frecuencia y de intensidad, el apetito vuelve, renacen las fuerzas, el enfermo comienza á recobrar su peso y á convencerse del beneficio recibido.

No quiero entrar en las consideraciones teóricas que me indujeron á emplear el mercurio en la curacion de los tubérculos del pulmon; pero no debo dejar de señalar que ahora que se conoce el *bacillus* tuberculoso, todos los médicos se han empeñado en buscar sustancias parasiticidas que obrando directamente sobre el microbio evite su desarrollo y propagacion. El creosote, el iodo, el iodoformo, el fosfato de cobre, el tanino y el mentol han sido alternativamente empleados al interior con ese objeto. Se han ensayado inhalaciones y pulverizaciones antisépticas con vapores de iodo, de ioduro de ethyla, de benzoato de sosa, de alcanfor, de trementina, de brea, de iodoformo, con una solucion de biioduro de mercurio, con solucion de ácido fénico, de ácido bórico, etc. Las inhalaciones de ácido fluorhídrico han sido estudiadas con más detenimiento y ensayadas en mayor escala. Las de ácido sulforoso, las rectales con ácido carbónico mezclado con hidrógeno sulfurado, etc. Se han empleado tambien las inyecciones hipodérmicas de diversas sustancias y aun las inyecciones intraparenquimatosas, cuyos resultados parecen no haber sido ventajosos.

Del uso de los mercuriales, no encuentro más que las referencias de que voy á hablar: En una obra muy reciente (Tratado práctico de antisepsia por Le Gendre, Barette y Lepage; Paris 1888), Mr. Gosselin ha intentado esterilizar el organismo ya sea antes, ya sea despues de la inoculacion de la tuberculosis. En el primer caso la impregnacion orgánica por el bicloruro y el biioduro de mercurio no ha impedido que el *bacillus* se desarrolle, más bien parece que ha apresurado la muerte debilitando el organismo. La administracion del sublimado, despues de la inoculacion, ha producido los mismes efectos, estos estudios han sido de experimentacion en los animales. Hiller ha hecho inyecciones subcutáneas de sublimado que no tuvieron éxito en enfermos tuberculosos.

En la Sociedad Médica de los Hospitales (8 de Enero de 1866), Gouguenhein ha hecho conocer los resultados de 33 casos, en los cuales practicó inyecciones antisépticas en cavernas tuberculosas de los pulmones, con soluciones de sublimado al uno por quinientos, uno por mil y uno por dos mil, segun la importancia de las lesiones. No ha habido accidentes, aun la tos ha sido moderada; cuando la inyeccion se hace lentamente, se eligen para practicarla los espacios intercostales primero y segundo. En 21 casos hubo una mejoría muy marcada en los signos locales, pero el estado general no parece haberse mejorado en la misma proporcion.

Las únicas aplicaciones hechas antes del descubrimiento del *bacillus* para curar la tísis por los mercuriales, son las que vd. ha tenido la bondad de formular en su carta de 17 de Noviembre y que se refieren al empleo del bicloruro de mercurio, el ioduro de potasio y el sesquicarbonato de sosa. Me propongo seguir las indicaciones de vd. y comunicarle los resultados que obtuviere.

En el núm. 9 del periódico aleman *Therapeutische Monatshefte*, el Dr. Dochmann, de la Universidad de Kazan, escribia con fecha 15 de Septiembre que habia comenzado á emplear el mercurio en la tísis, fundándose en la naturaleza microbiótica de esta enfermedad y afirmando que nadie antes que él habia intentado esta aplicacion. El contenido de esta carta demuestra que desde 1871, no solamente se habia intentado, sino que se habia aplicado con éxito el tratamiento mercurial á los enfermos tuberculosos en México.

Doy á vd. las gracias, señor doctor, por las expresiones, para mí lisonjeras, que contiene su citada carta, y me repito de vd. atento servidor Q. B. S. M.

DR. EDUARDO LICÉAGA.

MEDICINA LEGAL.

Consecuentes con el ofrecimiento que hicimos á los lectores de la *Revista Médica de México*, de insertar en este periódico los dictámenes emitidos por el Cuerpo Médico-Legista que más hayan llamado la atencion, damos hoy á luz el que los Sres. Dres. M. Alvarado, N. Ramirez de Arellano, Gabriel Silva, Antonio Salinas y Carbó, y Francisco Pulido emitieron en el asunto del C. francés Juan Mauret, presunto responsable de uxoricidio.

No hace muchos meses que la sociedad de México fué profundamente conmovida por el asesinato de la esposa de Mauret.

El hecho que motivó la incoacion del proceso, fué la muerte violenta, el homicidio de la Sra. Dolores Gonzalez de Mauret, acaecido la noche del 14 de Diciembre del año próximo pasado.

Por las diligencias practicadas al efecto en el curso de la Instruccion, quedó justificado el cuerpo del delito (fé de cadáver, identificacion y certificado de auptosia con clasificacion de heridas fs. 19 y vta. y 63): y por la propia confesion de Juan Mauret y declaracion de testigos presenciales, quedó tambien plenamente justificado que aquel fué el autor del homicidio.

Sometido el presunto culpable al exámen pericial de los señores doctores cuyos nombres dejamos apuntados, se les dirigió el siguiente cuestionario, cuya resolucion comporta la irresponsabilidad del uxoricida:

Primera. Determinen si el procesado Juan Mauret está loco y cuál es la forma de enajenacion que padece.

Contestaron: Que no está loco; pero sí padece el estado mental de los alcohólicos.

Segunda. ¿Desde qué época data, probablemente, dicho estado mental?

Contestaron: Que no podian contestar á esa pregunta de una manera definitiva, porque el principio y formacion de este estado, depende de las circunstancias individuales de cada persona; pero que sí presumen, por las excentricidades de Mauret y por los datos encontrados en su "Libro de Memorias," que ese estado data de muchos años.

Tercera. Ese estado mental de alcoholismo que padece Juan Mauret es constante ó es intermitente?

Contestaron: Es constante.

Cuarta. Digan cuál es la diferencia que hay entre la locura ó enajenacion mental y el estado mental de los alcohólicos?

Contestaron: Que aun cuando comunmente y con especialidad en la legislacion, se toman como sinónimos la locura y la enajenacion mental, científicamente hablando, tienen una significacion distinta; la enajenacion mental comprende cualquiera perturbacion, mengua ó decadencia de las facultades mentales; la locura abraza solo la perturbacion de estas mismas. El estado mental de los alcohólicos es una enajenacion y no locura; pues ese estado es un modo de ser especial de ciertos individuos alcohólicos, en los que hay una degradacion más ó menos notable del espíritu que cambia su carácter, sus hábitos é inclinaciones; que tiende á extinguir sus facultades afectivas y morales, y que debilita y aun puede llegar á hacer desaparecer su voluntad.

Quinta. ¿Ese estado mental de los alcohólicos, es el resultado en Mauret del abuso voluntario é intencional de bebidas espirituosas ó de alguna otra causa involuntaria?

Contestaron: Que en su principio debe haber sido voluntario, aunque no intencional, el abuso de las bebidas alcohólicas; pero posteriormente debe haber sido una manifestacion sintomática de su mismo estado mental, que indudablemente se remonta á una época anterior á la comision del delito.

Sexta. ¿Cuántas formas puede presentar el estado mental de los alcohólicos y cuál de ellas revestia Mauret al ejecutar el delito que se le imputa?

Contestaron: En el estado mental de los alcohólicos no se reconocen formas diferentes, solo hay mayor ó menor intensidad de los síntomas. En este acto el ciudadano Juez dijo: que supuesto que no tiene formas ese estado, cuál es el grado de intensidad en que se hallaba Mauret al cometer el delito?

Contestaron: Que atendiendo á las constancias que obran en el proceso y sobre todo á las frecuentes libaciones á que en esa época se entregaba y á la clase de licores de que hacia uso, es de creer, con bastante fundamento, que su estado mental de alcohólico era de los más avanzados.

Sétima. ¿Ese estado definido en la respuesta anterior, le quitó enteramente á Mauret el libre albedrío y el discernimiento del bien y del mal?

Contestaron: Que es de suponer con el mayor número de probabilidades, que ese estado le privó enteramente del libre albedrío; pero de no ser así, cuando menos debilitó su voluntad al grado que el motivo más fútil fuera bastante para cometer el delito que se le imputa, aun cuando conservase el discernimiento del bien y del mal.

Octava. ¿El mismo motivo le quitó enteramente el conocimiento de la ilicitud del hecho por el que se le procesa?

Contestaron: Que probablemente conocia la ilicitud del hecho.

Novena. ¿Le hace propender á la agresion y á la riña?

Contestaron: Que el estado mental le hace propender á la agresion y á la riña.

Décima. ¿Juan Mauret es capaz de conocer, como ordinariamente conocen las gentes, las diversas perturbaciones mentales que producen el abuso de las bebidas alcohólicas ó espirituosas?

Contestaron: Es de creer sí conociera lo que el comun de las gentes sabe acerca de las perturbaciones que produce el uso de las bebidas alcohólicas.

Décimaprimera. ¿Esa propension al suicidio que se revela en los hechos que declara, respecto de haber tratado de envenenarse, se deriva de su estado mental ya determinado ó reconoce otra causa y entonces cuál sea esta?

Contestaron: La propension al suicidio se deriva de su estado mental del que es síntoma.

Décimasegunda. ¿El hecho por el que se le procesa fué producto de un acto voluntario?

Contestaron: Que siendo su opinion que el estado mental del alcoholismo de Mauret le privó enteramente del libre albedrío ó cuando menos debilitó notablemente su voluntad, esta pregunta queda contestada con lo que han dicho en su sétima respuesta.

Décimatercera. ¿El estado mental de los alcohólicos es curable?

Contestaron: Que absolutamente no; pero sí susceptible de una mejoría notable, mediante el régimen apropiado.

Décimacuarta. ¿El procesado Juan Mauret está mejorado actualmente de su estado mental?

Contestaron: Que seguramente lo está debido á la abstinencia de las bebidas espirituosas.

Décimaquinta. En ese estado que actualmente guarda es inofensivo é incapaz de cometer otro delito?

Contestaron: Que no siendo en lo absoluto curable su estado mental, es de presumir que no seria enteramente inofensivo é incapaz de cometer otro delito, pues bastaria que se apartase aun ligeramente del régimen debido para que su mal se exacerbase, por cuyo motivo es conveniente tenerlo en lugar apropiado, tanto para su mejoría, cuanto para evitar una transgresion á la ley.

CRONICA DE HOSPITALES.

PARALISIS VASO-MOTRIZ INTERMITENTE.

A mediados del mes de Noviembre se presentó en el Consultorio del Hospital San Andrés una niña, Catalina R., de 3 años de edad y regularmente constituida, que presentaba un fenómeno curioso en los miembros inferiores: un estado asfíxico de los piés que avanzaba hasta el tercio superior de las piernas.

Interrogando á la persona que la conducia, pudo saberse que la enfermita habia sido sana en lo general, pero que cuando se mojaba, le aparecian unas manchas rojas exantematosas (ronchas) que desaparecian espontáneamente. Pocos dias antes del dia en que se presentó á la Consulta, fué atacada de calenturas intermitentes que fueron combatidas únicamente por medios domésticos; al cabo de algunos dias apareció el padecimiento de que hemos hablado. Los piés tenian el color negro propio de la gangrena, la piel húmeda, cubierta de una ligera trasudacion, la temperatura notablemente baja y una fuerte hiperestesia, pues la niña lanzaba gritos al menor contacto; en el tercio superior de ambas piernas se notaba una línea roja que marcaba netamente la separacion de las partes sanas de las enfermas. En las manos se notaban los mismos fenómenos, pero con menor intensidad. Lo que hay de particular en este caso es que dicho estado asfíxico aparecia de una manera intermitente: á las dos de la tarde empezaba á notarse la inyeccion de la piel, que pasaba sucesivamente del color rosado al rojo oscuro hasta llegar al negro, acompañándose de los síntomas ya enumerados, que aumentaban de intensidad á medida que la hora avanzaba, permaneciendo en este estado hasta las primeras horas de la mañana. En este periodo del dia retrogradaban los fenómenos descritos, hasta la vuelta completa al estado normal. La remision duraba de las siete de la mañana á las dos de la tarde.

El dia en que los Sres. Rendon y Pereira vieron por primera vez á la enferma, se limitaron á prescribirle una friega excitante y á cubrirle

los piés y las piernas con algodon y un vendaje de franela, indicándole volviese al dia siguiente al Consultorio.

Observando que la parálisis vaso-motriz aparecia en los dias subsecuentes con los síntomas que dejamos apuntados y á reserva de observar si este estado alternaba con las perturbaciones circulatorias que Mauricio Raynaud observó en los vasos de la retina, y fundándose en la existencia de accesos febriles de forma intermitente, los que, como es sabido, ejercen profunda influencia sobre los vaso-motores (Jaccoud), se le administró el sulfato de quinina.

Desde el primer dia comenzó á observarse que la inyeccion era menos intensa y los fenómenos asfíxicos menos marcados; al cabo de algunos dias de seguir dicho tratamianto, la mejoría fué completa.

La explicacion de los fenómenos asfíxicos se encuentra en la observacion citada de Mauricio Reynaud sobre la asfixia simétrica de las extremidades alternando con ambliopía y amaurosis. Este observador demostró por medio del exámen oftalmoscópico, la anemia profunda de la retina por la contraccion espasmódica de las arteriolas que provienen de la arteria central de la retina; en estas condiciones, las venas se hinchan por la falta del *vis á tergo* y se inicia el estado asfíxico. Ya sea que en este caso se haya tratado de la asfixia simétrica de las extremidades, ó que el impaludismo haya sido la causa única de la produccion de esos fenómenos, la quinina estaba perfectamente indicada por la accion que este alcalóide ejerce sobre los músculos lisos en general y sobre la contraccion cardiaca en particular.

REMITIDOS CIENTIFICOS.

DE LAS LESIONES DE LA PLACENTA EN LA ALBUMINURIA,

POR EL DR. A. ROUHAUD.

Historia.

El estudio de las lesiones hemorrágicas de la placenta se ha hecho por primera vez de una manera completa por Jacquemier en los "Archives de médecine" de 1838. Más tarde Verrièr y Bustamante en su tésis inaugural, Charpentier y Duchamp en su tésis de agregacion, han dado una descripcion detallada. Pero en todos estos trabajos la etiología de esas lesiones apenas se ha abordado. Bustamante es el único que insinúa que la eclampsia podria tener en ellas cierto participio; pero añade que no tiene sobre ese asunto ninguna experiencia.

Por otra parte, Rayer, Blot, Cahen, para no citar sino los más antiguos, habian señalado la albuminuria como una de las causas predisponentes á las hemorragias puerperales, y en las autopsias de las mujeres muertas de eclampsia encontraron focos hemorrágicos en el cerebro, el hígado, los riñones y los pulmones. Las lesiones placentarias que no son, como las anteriores, de consideracion, les pasaron desapercibidas.

Chautreuil fué el primero (en una leccion dada en la Clínica en 1879 y que se publicó en la *Revue Médicale*), que señaló la existencia de estas lesiones en muchos casos de albuminuria que acababa de observar, y su influencia sobre la marcha de la preñez y la salud del feto. Fehling y Stuttgard, en un trabajo publicado en 1885, atribuyen á las lesiones placentarias la muerte habitual del feto en los casos en que la madre está atacada de afeccion renal. En fin, Tarnier, en el capítulo de su última obra consagrada á las lesiones de la placenta, mira la nefritis albuminúrica como una causa frecuente de hemorragia placentaria y por consiguiente de sufrimiento del feto. Vamos á ensayar, precisar y justificar estos datos, exponiendo los resultados de una paciente observacion.

Descripcion.

El aspecto exterior de las placentas que contienen focos hemorrágicos recientes, casi nunca ofrece particularidad digna de señalarse, ni en su forma, ni en su coloracion, ni en su volúmen, zafo algunos casos en que la existencia de la infiltracion ó de hemorragia antigua en la superficie de la placenta, se revela por la coloracion más intensa de la cara uterina ó por la presencia de pequeños coágulos duros muy adherentes.

Si se toma la placenta entre los dedos, se siente al nivel de las partes enfermas, en el espesor de los cotiledones, masas endurecidas, cuya consistencia firme hace contraste con la blandura del tejido placentario sano.

Haciendo un corte sobre estos cuerpos duros, se descubre un coágulo sanguíneo contenido en cavidades de forma y extension variables.

En una primera variedad, la más rara, la cavidad es irregular, anfractuosa y envia á lo lejos prolongaciones que no comunican nunca con las caras de la placenta. En una segunda variedad, la sangre derramada está contenida en focos netamente circunscritos, de forma redonda ú ovalar. La pared de estos focos está constituida por el tejido de los cotiledones placentarios, y nunca hemos observado la apertura de los vasos, cuya solucion de continuidad ha causado la hemorragia y cuya presencia ha sido negada por unos, afirmada por otros, segun las opiniones que sobre la estructura de la placenta se tuvieron. Estos focos están situados de ordinario á igual distancia de las dos caras de la placenta, pero próximas á sus bordes.

Los tejidos circunvecinos están normales en los casos en que el derrame es reciente, de coloracion más oscura y consistencia más firme, cuando la lesion remonta á algunos dias y se ha producido una ligera infiltracion sanguínea.

El número de los focos es variable. A veces no se encuentra más que uno solo; otras, de diez á quince; lo más á menudo, de cuatro á cinco. Su extension pasa rara vez de 3 á 4 centímetros en su mayor diámetro; nunca los hemos encontrado menores de 5 milímetros.

El contenido de estos focos está constituido por un coágulo sanguíneo de color rojo más ó menos oscuro, que simula, á veces, una degeneracion melánica. El color es uniforme en toda la extension del coágulo cuando el derrame es reciente y en los casos de apoplegía placentaria aguda; se creeria, segun la feliz expresion de Pinard, que la placenta está *trufada*.

En los derrrames un poco antiguos, el coágulo ha experimentado un principio de organizacion y las capas van decolorándose del centro á la periferie. En estos casos existe á menudo en el centro del coágulo una pequeña cavidad llena de un líquido de apariencia purulenta, que habia dado á los antiguos observadores la idea de una enfermedad inflamatoria de la placenta que habia llegado á la supuracion.

La consistencia del coágulo no puede compararse mejor que á la jalea de grosella.

Se adhiere débilmente á la pared del foco. Rara vez las membranas son el sitio del derrame. Solamente una vez hemos observado un hematoma situado entre la caduca y el corazon, á 6 centímetros del borde placentario.

Su color, su forma, su consistencia, eran los mismos que el de los que hemos descrito. La poca vascularizacion de las membranas, explica suficientemente la rareza de lesiones hemorrágicas.

El cordon siempre está normal. Los focos hemorrágicos antiguos se retraen un poco y dejan en su lugar una depresion más ó menos acentuada.

El coágulo puede desaparecer ó transformarse en un *block* fibrinoso; cuando esta transformacion es completa, las diferencias con la degeneracion fibro-grasosa solo se pueden establecer por medio del microscopio.

Cuando la hemorragia placentaria no es considerable para influir sobre la marcha del trabajo, un nuevo derrame puede determinar el parto prematuro.

Los procesos que se asemejan á la apoplegía placentaria, son: la infiltracion sanguínea, los quistes sanguíneos placentarios y la degeneracion fibro-grasosa. La primera se diferencía de la apoplegía placentaria en que la cara uterina de la placenta es violeta, lívida, el órgano es más pesado y voluminoso y sus vasos están llenos de sangre. Los segundos son ordinariamente únicos y su contenido está constituido por un líquido citrino, lactecente, que se precipita con el nitrato de plata. La degeneracion fibro-grasosa tiene el aspecto de masas blanquizcas, amarillosas, visibles sobre la cara fetal de la placenta, formando, á veces, un relieve considerable. Estos núcleos hacen cuerpo con las vellosidades y nunca son visibles por la cara uterina de la placenta; son de regla en la sífilis y causan la muerte ó la debilidad del feto.

Frecuencia.

Sobre un total de 68 mujeres cuya orina contenia albumina en el momento del parto ó existia durante el embarazo, hemos encontrado la lesion señalada en 28 casos, es decir, en un 40 por 100 de los casos. Esta frecuencia parece estar en relacion con la gravedad de la albuminuria.

Primiparidad y eclampsia: tales son las causas predisponentes de la apoplegía placentaria.

Patogenia.

La causa de las apoplegías placentarias es la misma que en el curso de la albuminuria produce apoplegías del cerebro, los riñones, el pulmon, el hígado; composicion anormal de la sangre; tension exagerada de la corriente circulatoria; friabilidad de los tejidos.

El mecanismo de la hemorragia es desconocido, pues las teorías hasta hoy emitidas parecen ser muy exclusivas.

(Continuará).

REVISTA EXTRANJERA.

PATOLOGÍA EXTERNA.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS ANEURISMAS, *por el Dr. Paul Reclus.—(Concluye).*

III

La compresion indirecta es, de todos los métodos no sangrantes, el que merece más ser conservado: la compresion digital es el tipo del método, al mismo tiempo que es el procedimiento más sencillo y eficaz. Cuando sea posible, debe procurarse que llene estas tres condiciones: ser total, contínua y alternativa; es decir, suprimir de una manera absoluta la llegada de la sangre al saco aneurismal, no interrumpirse nunca en tanto que dure la sesion y ejercer sucesivamente la presion sobre diferentes puntos del trayecto del vaso para evitar vivos sufrimientos.

Largo tiempo ha sido este el procedimiento de eleccion, y este furor se explica por la frecuencia con que se observaban la erisipela y la infeccion purulenta; pero merece tambien los mismos reproches que se han dirigido á la flexion forzada y á la compresion elástica. Estos inconvenientes son aquí menos graves, sin duda, pero existen sin embargo. Tales son, por ejemplo, el dolor, la lentitud de la solidificacion del saco, frecuentes insucesos, la inflamacion, la gangrena, y un accidente propio al método: la formacion posible de un nuevo aneurisma en el punto que se comprime.

El dolor es, á veces, insoportable; lo es tanto más, cuanto que la compresion debe mantenerse durante un tiempo muy largo. Fischer, en un cuadro interesante, nos muestra que sobre 72 casos curados por este método, 19 han exigido de una á doce horas, 7 de doce á veinticuatro horas, 6 de veinticuatro á treinta y seis horas, y diez dias en los 40 casos restantes. Pocos enfermos y pocos cirujanos tendrán bastante constancia para continuar el tratamiento despues de las primeras cuarenta y ocho horas, tanto más, cuanto que semejante esfuerzo es muchas veces inútil. En efecto, las estadísticas acusan 50 por 100 de fracasos: un aneurisma sobre dos, resiste á toda tentativa de compresion.

No se trata de simples insucesos; en algunos casos (más raros, es verdad, que despues de la flexion forzada y de la compresion elástica), la gangrena se desarrolla; sobre 59 aneurismas reunidos por Delbet y tratados por la compresion digital, se ha producido el esfacele 3 veces, sea, una proporcion de 6 por 100. Los accidentes se producen al cabo de la octava, novena y décima hora de compresion. El mecanismo de esta gangrena es bastante oscuro, una vez provocada por la ruptura del saco; en los otros dos, la bolsa estaba intacta y es probable que se hayan desprendido de la pared del aneurisma, pequeños fragmentos de coágulos, que hayan formado otras tantas embolias.

En fin, se ha señalado la aparicion de un aneurisma nuevo en el lugar en que se ha ejercido la composicion digital: Berger ha observado un caso; al cabo de doce horas el aneurisma poplíteo cedió al tratamiento, pero se formó un segundo tumor aneurismal bajo el ligamento de Falopio. Amandale y Pemberton han observado, cada uno de ellos, un caso semejante. El plegamiento contínuo ejercido sobre un vaso, es á veces peligroso, por poco que sus paredes estén atacadas de degeneracion grasosa. De tal suerte, que es necesario admitir con Scribe, que cuando existe una arteritis gomosa extensa, la compresion debe ser rechazada; porque entonces es á la vez ineficaz y peligrosa. Como se ve, son siempre las mismas objeciones en los tres métodos no sangrantes que acabamos de enumerar; la flexion forzosa, la compresion elástica y la compresion digital, tienen en contra suya los dolores, las inflamaciones que provocan la ruptura del saco, las embolias, la gangrena, y sobre todo, su lamentable insuficiencia, puesto que el mejor de ellos, la compresion digital, cura apenas un aneurisma sobre dos. Pensamos, pues, que el cirujano debe recurrir, en tanto que no sean de temer las complicaciones de las heridas, á los métodos sangrantes, que

son más rápidos, más eficaces, y, por más que se haya dicho, ménos peligrosos.

IV

El Sr. Brun, de acuerdo con Syme, Bardeleben, Poinsot, Championière, Lister, nos propone la ligadura, y Delbet la extirpacion del saco. Este último acumula los razonamientos, los ejemplos y las estadísticas para demostrarnos que "la ligadura es una operacion incierta, que da, en tiempos asépticos, una mortalidad de más de 18 por 100, y que es necesario abandonarla por ser una de las más peligrosas de la cirujía." Pero esta opinion nos parece paradógica, á pesar del talento que ha desplegado el autor para defenderla.

Nosotros estamos por la ligadura, y para hablar en favor de su causa, dejaremos á un lado las inducciones, las deducciones y las hipótesis, por legítimas y lógicas que parezcan; no nos ocuparemos mas que de los hechos, y veremos si las hemorragias secundarias, las gangrenas y la muerte, son más frecuentes despues de la ligadura, operacion fácil y sencilla cuyos detalles todos están sujetos á reglas, más frecuentes, deciamos, que despues de la extirpacion del saco, intervencion siempre delicada, variable segun los casos, irregular, que necesita á veces considerable destruccion de tejidos, y en el curso de la cual se arriesga herir los gruesos troncos nerviosos y vasculares vecinos. Delbet nos da dos cuadros comparativos en los que se ve que sobre 243 aneurismas tratados por la ligadura, de 1875 á 1887, hubo 47 muertos, sea una mortalidad próximamente de 19 por 100, mientras que sobre 53 aneurismas de los mismos sitios sometidos á la incision y á la excision, no hubo más que 6 muertos, es decir, poco menos de 12 por 100.

Estas estadísticas son muy desiguales y dejan fuera muchos casos para tener un valor indiscutible, nosotros les sustituiremos otra.

Tomaremos como ejemplo los aneurismas poplíteos, entre muchos, los más importantes, puesto que constituyen por sí solos la mitad de los aneurismas externos.

Comenzaremos nuestra estadística en 1880, y esto, por dos razones: primero, porque en esta época la antisepsia está ya aclimatada en todos los países civilizados y despues, porque los datos de Brun nos servirán para hacer más exactos los notables cuadros de Delbet. El total de los aneurismas, á los cuales agregamos 3 casos de Lister, nos da 81 aneurismas arteriales poplíteos, tratados por la ligadura.

Estos 81 casos dan 5 muertos; hemos eliminado, es verdad, el hecho de Haward, porque el paciente, cuya herida habia curado por primera intencion, sucumbió 33 dias despues, á consecuencia de una hemorragia cerebral, y la observacion de Boursier, porque la gangrena que necesitó la amputacion, fué debida á la obliteracion del tronco tibio-peroneano, de la tibial posterior y de la vena poplítea, obliteracion anterior á la fecha de la intervencion.

Quedan los hechos desgraciados de Barwell, de Morton en que, al cabo de cuatro semanas, sobrevino una hemorragia secundaria que necesitó una amputacion, cuyo término fué funesto; el hecho de Howse en que la ruptura del saco, acaecida el trigésimosegundo dia, produjo la muerte; y por último, el caso de Schwartz, en que la asistolia hizo sucumbir al enfermo veinte dias despues de la intervencion.

En verdad, la lectura de esta observacion prueba que cualquier otro tratamiento, hubiera, sin duda, tenido el mismo resultado; lo pondremos, sin embargo, en el pasivo del método, y tendremos 4 muertos sobre 81 casos, ó sea una mortalidad de menos de 5 por 100, muy lejos, como se ve, del 18 por 100 acusado por las estadísticas generales de Delbet. Véamos ahora si los otros accidentes graves, las hemorragias secundarias, las gangrenas, etc., son tan frecuentes como se pudiera creer.

Examinemos desde luego las hemorragias secundarias: si dejamos á un lado los casos de Barwell, de Morton y de Boursier, ya señalados en el párrafo de la mortalidad, no encontraremos más que los hechos de Durham y de Morelli, en los que la hemorragia pudo ser detenida por una segunda ligadura. De aquí que estas hemorragias son muy raras y deben desaparecer con una antisepsia rigurosa, sin duda incompleta en algunas de las observaciones precedentes como en el enfermo de Morelli, en el que la arteria fué ligada con tres hilos de seda cuidadosamente *encerados*, singular manera de matar los gérmenes.

La gangrena es evidentemente más frecuente; pero nuestra estadística está lejos de dar las cifras desesperantes que se indicaban antes: así

pues, sobre 81 ligaduras de la arteria poplítea, contamos 5 casos en que apareció el esfacele en porcion bastante grande, para necesitar la amputacion del miembro.

Pero ¿es siempre responsable la ligadura de estos desastres? ¿no se deben inscribir, con plena justicia, estos accidentes al pasivo de todos los tratamientos anteriores á la ligadura y que han preparado el miembro á la gangrena por trombosis ó por embolias?

En los casos de Bardeleben, se habia ejercido sobre la femoral una compresion de 10 dias, despues se ligó el vaso y sobrevino la gangrena; el miembro fué amputado y el exámen permitió ver pequeñas trombosis localizadas en muchas arterias vecinas al foco gangrenoso; se trataba ahí, evidentemente, de fragmentos de coágulos desprendidos de la pared del saco. Delbet dice: por influencia de la ligadura; nosotros diremos: por la compresion que es más favorable que la ligadura al fraccionamiento de los coágulos, gracias á la onda sanguínea que á veces penetra en la bolsa cuando la compresion no es absolutamente contínua.

V

Segun Pierre Delbet, la extirpacion del saco es superior á la ligadura, primero porque la mortalidad es menor; apunta 18 casos observados desde 1875, sobre los cuales 14 han curado sin accidentes (zafo uno que presentó una pequeña placa de esfacele sin importancia), un operado que murió y tres que fueron amputados; pero el autor quita despues de analizar los hechos, estos tres casos de amputacion, de cuyo método no puede ser responsable el procedimiento operatorio del aneurisma.

Aceptamos de grado esta eliminacion para los casos de Holmes en que el tumor, tomado por un absceso, fué incidido, comprimido con tapones embebidos de percloruro de fierro, y en que la pierna estaba ya fria antes de la extirpacion del aneurisma; aceptamos tambien en la eliminacion, el hecho de Stammer O'Grady, en que despues de setecientas sesenta y seis horas de compresion indirecta, el cirujano quiere practicar la incision; encuentra que el saco remonta mucho en el muslo y recurre inmediatamente á la amputacion. Pero retenemos en el pasivo del método el caso de Zwicke; este sí es un fracaso del método: las dificultades extremas que experimenta el operador, las treinta ligaduras que hubo de poner, la gangrena reincidente y las dos amputaciones que necesitó, no alivian en nada los cargos que hacemos á la extirpacion del saco.

Tenemos, pues, 16 casos con una muerte y una amputacion: la mortalidad de la excision, seria de 6 por 100 superior á la de la ligadura, que es, como ya lo hemos dicho, de 5 por ciento; en cuanto á la gangrena, accidente bastante comun, puede ser opuesto como la más grave objecion á la ligadura; es justamente de 6 por ciento en ambos métodos, si comparamos á nuestros 21 casos con 5 gangrenas, los 16 de Delbet con una gangrena.

En realidad, no se puede concluir nada de una estadística tan reducida; pero ¿por qué la adyuncion de nuevos hechos ha de ser en contra de la ligadura y no de la extirpacion?

Pensamos que el porvenir hará de la ligadura el procedimiento de eleccion; las hemorragias secundarias y las supuraciones del saco que se le objetan, han desaparecido ya con la antisepsia y estimamos que la gangrena llegará á ser muy rara, cuando en lugar de intervenir sobre un miembro ya preparado al esfacele por la flexion forzada ó la venda elástica, se ejecute la ligadura con un hilo bien aséptico. Los otros métodos serán excepcionales, y aplicables solamente á algunos casos particulares.

En estos hechos raros, la extirpacion podrá hacer beneficios y Delbet habrá tenido el mérito de mostrarnos que es menos difícil, y sobre todo, más segura de lo que pensábamos antes de sus investigaciones. Un cirujano sabio y prudente, debe, bajo la venda de Esmarch, terminar la operacion sin dificultades y los resultados serán excelentes; no será de temerse la reincidencia en el saco, que es excepcional, pero que se ha señalado como complicacion en la ligadura.

La extirpacion deberá reservarse para los casos en que el tumor amenace inflamarse ó romperse, y sobre todo, para aquellos casos en que estando los nervios inclusos en las paredes esclerosadas del saco, provoquen perturbaciones tróficas y parálisis que se curarán ó se atenuarán por medio de la diseccion atenta y el desprendimiento de los cordones nerviosos.

TERAPÉUTICA.

DE LOS PROGRESOS DE LA TERAPÉUTICA EN 1888, *por el Dr. Dujardin Beaumetz.*—El año que acaba de concluir no ha quedado atrás, ciertamente, en materia de progresos terapéuticos. La terapéutica marcha á la cabeza de las otras ramas del arte de curar, mostrando así cuán injusto es el desdén con que se la mira desde hace largo tiempo. Las nuevas adquisiciones de que vamos á hacer mencion constan de analgésicos, antisépticos, tónicos del corazon y drogas vegetales.

La serie aromática que ha dado tantos antisépticos poderosos, ha suministrado tambien medicamentos antitérmicos y analgésicos. El número de estos últimos tiende á crecer cada dia y casi se puede establecer esta ley: que todos los antitérmicos que abaten la temperatura, que obran sobre la médula y los centros térmicos, son tambien analgésicos.

Estos nuevos agentes reemplazan ventajosamente al antiguo grupo de analgésicos representados por la morfina y la aconitina.

Al ácido salicílico, han venido á agregarse la antipirina, la acetanilida y la fenacetina.

Las fenacetinas ó las acetfenetidinas son en número de tres: la orto, la meta y la para. De esta última, la para-fenetidina, es de la que se ha hecho un uso más frecuente y es conocida con el nombre de *fenacetina.*

Como este cuerpo es insoluble, se administra en obleas medicamentosas á la dósis de 1 á 2 gramos en veinticuatro horas.

Pero es necesario precisar las indicaciones de los diversos analgésicos y vamos á presentar algunos datos que serán completados por investigaciones ulteriores.

El ácido salicílico es uno de los mejores medicamentos para calmar el dolor en los reumatismos febriles. A la dósis de 4 á 6 gramos, parece ser superior á todos los otros analgésicos.

La antipirina al contrario, se dirige especialmente contra las nevralgías congestivas y en particular contra la jaqueca; este notable medicamento posee además la propiedad de disminuir la cantidad de orina y la actividad funcional del hígado, de tal suerte que es aplicable al tratamiento de la poliuria diabética ó no. Huchard ha citado casos interesantes de poliuria simple, y por mi parte, he observado casos de mejoría muy rápida en los diabéticos En fin, es un depresor enérgico de las funciones medulares, y en la corea, como lo ha mostrado Legroux, hace desaparecer los movimientos coréicos, á condicion de administrar el medicamento á la dósis de 4 á 5 gramos por dia, bien que esta dósis pueda producir erupciones escarlatiniformes en los niños de poca edad.

La acetanilida ó antifebrina, es tambien un poderoso analgésico, pero determina á menudo la cianosis, cianosis que no tiene peligro. Este medicamento parece obrar sobre todo contra los dolores fulgurantes de los tabéticos, ó contra los dolores que resultan de la destruccion ó la compresion de los nervios. Se han señalado, por ejemplo, sciáticas por compresion que desaparecen despues de la administracion de este medicamento. Sucede otro tanto con la nevralgía por carie dentaria.

Este medicamento ha sido empleado en la epilepsía, pero los resultados no han correspondido á las esperanzas que sobre él se abrigaban.

La acetanilida se administra á la dósis de 1.gr50 á 2 gramos en las 24 horas, en cápsulas medicamentosas de 0.50 centígramos cada una.

La fenacetina encuentra su indicacion en los dolores vagos, errantes, del nevrosismo. Vendria aquí á suplir la accion del bromuro de potasio.

Insiste mucho el autor en esos dos medicamentos, fenacetina y acetanilida, porque su fabricacion no está monopolizada como la antipirina.

Cosa extraña! todos estos cuerpos que se presentaron como antitérmicos, son hoy considerados y usados casi exclusivamente como analgésicos, y se consideran sus propiedades antitérmicas como de segundo órden.

En efecto, todas esas sustancias, que tienen poca accion tóxica en el estado apirético, son algunas veces peligrosas cuando son administradas, aun á dósis pequeñas, en los periodos febriles. Además, abatir la temperatura de una manera artificial, no es curar la fiebre, ni hacer desaparecer la infeccion, causa de esta fiebre. Por tal razon, cada dia se abandonan más y más estos medicamentos como antitérmicos, para no usarlos más que como analgésicos.

Antes de ser antitérmicos, estos medicamentos eran antisépticos; pero sus propiedades an-

tisépticas fueron poco utilizadas, zafo el ácido salicílico. Puesto que hablamos de los antisépticos, debemos señalar las preciosas adquisiciones hechas en este grupo, durante el año. Son la sacarina y el ácido cresílico.

Si se discute aún el valor alimenticio de la sacarina, todo el mundo reconoce que esta sustancia es muy útil en el tratamiento de ciertas afecciones. La azúcar de hulla, como se le llama impropiamente puesto que no es azúcar, nos ha permitido satisfacer el gusto en los diabéticos, sin ser inconveniente para ellos.

Constantin Paul nos ha mostrado las propiedades anti-fermentecibles de la sacarina y sus aplicaciones en la gingivitis, en la cistitis pútrida y recientemente en ciertas afecciones oculares.

En cuanto al ácido cresílico, bien estudiado en el laboratorio del autor por Delplanque, diremos que se encuentra, como el ácido fénico, en la creosota del alquitran de hulla y que es un microbicida más enérgico que el ácido fénico y menos tóxico que él.

Combinado con las lejías alcalinas, este cuerpo produce un antiséptico poderoso y barato, que es comercialmente conocido con el nombre de *cresil ó creolina.*

La terapéutica debe esforzarse hoy, ya que dispone de un número tan grande de sustancias antisépticas, en buscar para cada microbio patológico, la sustancia microbicida más activa.

Tales fueron los fines del Dr. Villemin (hijo) que estudiando la accion de los antisépticos sobre el bacillus tuberculoso, pudo formar una lista en cuya cabeza se encuentran los fluosilicatos.

Debemos señalar aquí los esfuerzos que se han hecho en 1888 para hacer pasar los datos de la antisepsia quirúrgica en el dominio de la medicina. A pesar de las dificultades del problema, la cuestion de la antisepsia médica ha hecho algunos progresos, gracias á los esfuerzos de Bouchard y de sus alumnos.

Pero aun está lejos de llegar al grado de seguridad y precision que la antisepsia quirúrgica, y esto se comprende fácilmente cuando se piensa en las diferencias que existen entre la infeccion quirúrgica y la infeccion médica. En la primera, basta oponerse á la introduccion de los microbios patógenos; en la segunda, cuando intervenimos, la introduccion microbiana está ya verificada, existe una infeccion general en la economía.

De cualquiera manera que sea, sabemos que el tubo digestivo es una de las puertas por donde penetran más fácilmente los microbios y, naturalmente, allí se han dirigido todos los esfuerzos.

Bouchard, despues de haber empleado sucesivamente el carbon, el iodoformo, la naftalina, ha preconizado el naftol B, prescrito á la dósis de 2.gr60 por fracciones de 10 á 20 centígramos. Se puede utilizar tambien la mezcla siguiente:

Carbon................	50.00 gram.
Naftol B..............	2.50 „
Salicilato de bismuto....	2.50 „
Azúcar................	c. b. para granular.

Se administra esta cantidad de gránulos en 24 horas, por cucharadas.

Se puede tambien emplear el naftol en obleas medicamentosas, bajo la forma siguiente:

Salicilato de bismuto....	ââ 10 gramos.
Naftol................	
Magnesia..............	

En treinta obleas med.

Maximowitch ha propuesto sustituir al naftol B, el naftol a que es tan antiséptico como él, pero más soluble.

Estas mismas ideas han inspirado á los médicos la antisepsia pulmonar. Preciso es confesar que ni las inyecciones rectales gaseosas, ni las subcutáneas de eucaliptol, ni las inhalaciones sulfurosas y de ácido fluorhídrico, tienen accion alguna sobre el bacillus de la tuberculosis. Cierto es que con las inhalaciones se modifica la expectoracion y se disminuye la tos; pero, repetimos, sin la menor accion sobre el bacillus mismo.

Hoy que se piensa en la curacion de la tuberculosis únicamente por la higiene, todas las medicaciones parecen poco satisfactorias; sin embargo, pensamos que para calmar la tos, producir el sueño, hacer desaparecer la fiebre y los sudores, disminuir la diarrea, será siempre necesario recurrir á los medicamentos y que el tratamiento de la tuberculosis será un tratamiento complexo en el que la higiene, lo reconocemos, ocupará el mejor puesto.

De todos los medicamentos propuestos hasta hoy contra el bacillus tuberculoso, solo hay uno que parece tener un valor real: la creosota. En

Rusia se usa este medicamento á dósis elevadísimas, pero es necesario tener el estómago bien sólido y resistente para soportar dósis considerables de un medicamento tan irritante. En Francia, Gimbert (de Cannes) ha obtenido, por el método subcutáneo, buenos resultados, inyectando en masa grandes cantidades de creosota. Es preciso esperar los resultados para juzgar el método.

Si la química ha descubierto nuevos cuerpos en la serie aromática, que la terapéutica ha utilizado ya como antisépticos, ya como antitérmicos, el reino vegetal es el que parece encerrar las sustancias más activas para aumentar la fuerza muscular del corazon.

¿Cómo explicar que mientras que se han encontrado rivales para la morfina y aconitina no se haya descubierto, en esa misma serie aromática, un solo tónico del corazon y que para este objeto hayamos siempre de recurrir al reino vegetal?

La digital que aún es el medicamento por excelencia, la cafeina, la convalaria, la esparteina y el estrofantus, tales son los tónicos cardiacos que poseemos; la convalaria ha quedado abandonada por la aparicion de la esparteina y el estrofantus. La primera de estas sustancias, ha sido aplicada por Ball y d'O Jennings; combate victoriosamente el estado sincopal que aparece en los morfinómanos, cuando cesa la accion de la morfina. En estos individuos la morfina obra como tónico: excita el corazon, activa la circulacion y aumenta la temperatura; pero tan pronto como el uso de ese alcaloide cesa, el corazon, privado de su excitante, no llena ya sus funciones y el enfermo queda sujeto á síncopes y lipotímias que presentan un alto grado de gravedad.

La esparteina, aumentando las contracciones del corazon, hace desaparecer los síntomas y permite privar al enfermo de la morfina, sin hacerle sentir su fatal influencia. Como la esparteina es soluble, se le puede administrar en inyecciones hipodérmicas, pudiendo introducir bajo la piel de 5 á 10 centígramos de sulfato de esparteina.

El estrofantus, tónico cardiaco que no tiene la accion emeto-catártica de la digital y cuyos efectos no se acumulan, ha sido empleado por Frasser en las afecciones cardiacas.

Agreguemos que es un medicamento diurético, cuya accion se manifiesta aun en presencia de una alteracion parcial del parenquima renal. Queda aún por establecer la farmacología del estrofantus. Se ha pensado en utilizar la estrofantina, pero como para la digital, se han encontrado estrofantinas diferentes, de las que algunas presentan un poder tóxico excesivo.

El extracto de estrofantus se administra á la dósis de 4 milígramos fraccionados en píldoras de 1 milígramo.

En cuanto á las tinturas, varían mucho, en cuanto á la cantidad de principio activo que contienen. Dujardin-Beaumetz, aconseja usar la tintura al quinto, es decir, de la Farmacopea Francesa, de la cual se dan 5 gotas en la mañana y 5 en la tarde.

Es necesario tener mucho cuidado en especificar la tintura que se emplea, cuando se prescribe el estrofantus.

La cafeina y su asociacion con el benzoato de sosa, como lo ha propuesto Tanret, cuyos efectos tónicos son tan poderosos, producen en todos los casos de adinamia resultados mucho más felices que los que se obtienen con las inyecciones de éter.

Creemos que es un procedimiento que puede hacer buenos servicios. Hé aquí la fórmula de las inyecciones subcutáneas:

Benzoato de sosa...... } ââ 2.50 grams.
Cafeina.............. }

Agua destilada 6.00 ó cuanto baste para 10 cent. cúb.

Cada centímetro cúbico de esta solucion contiene 25 centígramos de cafeina. Se pueden practicar por dia dos ó tres inyecciones.

Entre las drogas vegetales, citaremos, sobre todo, el *Eschscholtzia califórnica*, el *Baylahuen* y el *Soja*.

El primero de estos medicamentos goza de propiedades analgésicas y soporíficas.

El *Hysterionica Baylahuen* obra, sobre todo, contra las diarreas; el extracto y la tintura de esta planta, son los que producen mejor resultado.

En cuanto al *Soja, Glicina hispida*, diremos que es una planta muy interesante que nos ofrece un alimento precioso para los diabéticos, porque como lo ha mostrado Blondel, bajo el punto de vista microscópico, su grano está casi

exento de materias feculentas. Lecerf lo aconseja contra la obesidad.

Tales son los puntos más importantes que debiamos señalar entre las adquisiciones de la terapéutica en 1888. Estas adquisiciones son bastante útiles para demostrar que este año no fué inferior, bajo este punto de vista, á los que le han precedido.

TRATAMIENTO DE LA OCLUSION INTESTINAL POR LA ELECTRICIDAD.—Larat ha dirigido una comunicacion interesante sobre este asunto á la Academia de Medicina. Hace próximamente treinta años que Duchenne (de Boulogne), obtuvo la primera curacion de la oclusion intestinal, faradizando el intestino. Este método, si ha producido algunos beneficios, ha hecho sufrir muchas decepciones, lo que ha dado lugar á que se ponga en duda su utilidad.

La razon de esto es muy sencilla. Las corrientes inducidas que producen contracciones tan poderosas en los músculos estriados, difícilmente mueven los músculos lisos y en particular aquellos que presiden á las contracciones intestinales peristálticas; sobre todo, cuando el intestino está ya perezoso, como es de regla en la obstruccion intestinal. Resulta una cuasi impotencia de la faradizacion. Las interrupciones galvánicas, al contrario, provocan constantemente contracciones peristálticas enérgicas, si se tiene cuidado de hacer pasar durante algunos minutos una corriente contínua suficientemente intensa, para almacenar cierta cantidad de energía.

Este ha sido precisamente el escollo de la galvanizacion intestinal. En efecto, una corriente, aun de débil intensidad, de 12 á 15 miliamperes, produce al nivel de los puntos en que el electrodo metálico está en contacto directo con la mucosa, una accion electrolítica bastante enérgica para determinar la produccion de escaras.

Boudet, de Paris, ha llegado á vencer esta dificultad, representando el polo intestinal por una masa de agua salada introducida en el recto, por medio de un irrigador ordinario y una sonda de goma provista de un mandrin metálico, ligado por un hilo conductor á la pila galvánica. Se intercalan luego en el circuito dos, cuatro, seis ó más elementos, hasta producir una interesidad de 35 á 40 miliamperes, y se deja pasar esta corriente sin ningun choque, durante cinco minutos.

Al cabo de este tiempo, se invierte la corriente y se le deja pasar de nuevo, interrumpiéndola cada veinte segundos. En cada interrupcion se produce una sacudida que se hará tanto más enérgica cuanto el paciente la pueda soportar.

A partir de la inversion, el enfermo siente una necesidad incoercible de defecacion, que poco despues no puede ya contener. En este momento debe cesar la sesion, se retira la sonda y el enfermo debe esforzarse por arrojar materias fecales.

El Dr. Boudet dió lectura á 19 observaciones, en las cuales ha empleado este procedimiento, y termina su Memoria por las conclusiones siguientes:

El diagnóstico de la causa de la oclusion, es casi siempre muy oscuro: en efecto, en el momento en que el médico es llamado, se encuentra casi siempre delante de un intestino inflado al máximum y que impide toda palpacion.

Los conmemorativos se componen de detalles insignificantes y se refieren casi todos á accidentes dispépticos diversos, pero sin significacion precisa. Es casi imposible, pues, pretender apoyar el tratamiento sobre el diagnóstico de la causa; sobre 19 casos, el diagnóstico cierto no ha podido ser establecido más que tres veces antes de toda intervencion.

Los purgantes son completamente inútiles cuando el intestino está impermeable; en semejante caso, los purgantes no hacen más que provocar los vómitos que son tan penosos, y sobre todo, tan peligrosos para el enfermo.

La evacuacion, cuando es obtenida por la electrizacion, presenta diversas formas. A veces es brusca, considerable, gaseosa y al mismo tiempo estercolar; otras, al contrario, se prolonga durante muchos dias. Es digno de notarse que el enfermo se encuentra notablemente aliviado desde que la vía se ha abierto y que los accidentes inquietantes cesan desde ese momento.

Una sola sesion de electrizacion es á menudo impotente; se necesitan, por término medio, cuatro ó cinco sesiones practicadas con muchas horas de intervalo para obtener el resultado querido.

La proporcion en la cual se produce la *descarga* del intestino por la electrizacion, es la

siguiente: sobre 16 casos, el autor ha obtenido 10 éxitos felices.

La electrizacion galvánica intestinal merece, pues, ser empleada en todos los casos de oclusion, despues que los medios médicos hayan fracasado y que el obstáculo sea evidentemente infranqueable á los purgantes, sobre los cuales no es conveniente insistir.

Importa esencialmente no perder tiempo y electrizar lo más pronto posible; en primer lugar, porque así hay mayores probabilidades de que la lavativa eléctrica pueda vencer la oclusion, y en segundo, porque en caso de insuceso, será aún tiempo de recurrir á los medios quirúrgicos.—(*Semaine Médicale*).

FORMULARIO.

PÍLDORAS LAXANTES. *(Delpech)*.

Resina de podofilino	3,00
Polvo de cominos	2,90
Jabon amigdalino	1,50
Extracto de genciana	1,50
Idem de beleño	0,05

H. s. a. 100 píldoras. Una en la noche.

VEJIGATORIO LÍQUIDO. *(Bidet)*.

Es indispensable tener para los niños, los individuos demacrados, los tísicos, etc., un vejigatorio que obre violentamente y que se aplique con facilidad sobre cualquiera parte del cuerpo. Esto se puede obtener con el vejigatorio Bidet, cuya composicion es:

Cantáridas	1,000
Cloroformo	c. b.
Cera	125

1.º Agotar completamente las cantáridas en el cloroformo;

2.º Destilar á fuego lento para obtener un litro de solucion concentrada;

3.º Mezclar la cera fundida con esta tintura.

Se aplica con un pincel.—(*Les Nouveaux Remèdes*).

PÍLDORAS CONTRA LA GRIPA. *(Trastour)*.

Sulfato de quinina	} áâ 0,50
Extracto de beleño	
Idem de lechuga	

H. s. a. 10 píldoras para tomar una antes de cada comida.

ELÍXIR CONTRA EL INSOMNIO. *(Vigier)*.

Hipnona	1 gota
Alcohol á 60°	3 gramos
Jarabe de menta	3 „

HYOSCINA.

Hoy que los experimentadores se ocupan de la cuestion de hipnóticos y que se han presentado sustancias que como el sulfonal y la paraldehida producen felices efectos en el delirio alcohólico, en los enajenados agitados y en los tísicos, nos parece oportuno hablar de la *Hyoscina*, cuyos efectos hipnóticos han sido puestos de manifiesto por Erb. En las experiencias instituidas por este autor sobre el clorhidrato de hyoscina, resulta que esta sal es tan útil como el iodhidrato y bromhidrato.

La dósis debe ser mínima, de dos á cuatro diezmilígramos y empleada en inyecciones subcutáneas. La tolerancia varia desde luego, segun los individuos. Los efectos consecutivos á la inyeccion son la debilidad general, la somnolencia, calor en la cara, sequedad en la garganta, imperfeccion y perturbacion de la vista, dificultad en la palabra. Se han podido observar sus efectos hipnóticos sobre numerosos enfermos y algunos durmieron inmediatamente despues de la inyeccion.

La hyoscina tiene la ventaja de haber dado buenos resultados en casos en que los otros hipnóticos conocidos han fracasado.

El autor llama la atencion, particularmente, sobre su valor en la irritacion del sistema motor; obra sobre todo contra los temblores de la parálisis agitante. A veces, sin embargo, no es más que paliativo.

En algunos casos de espasmos rebeldes y graves de uno ó muchos grupos de músculos, la hyoscina produce su efecto durante algunas horas. En otros casos no obra. En una corea hemiplégica, ha producido efectos calmantes aunque temporales.

TIP. DE DUBLAN Y COMP.

VOL. I. México, Febrero 1º de 1889. NUM. 23

REVISTA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO BIMENSUAL DIRIGIDO POR EL DR. JOSE RAMOS.

COLABORACION:

Dres. R. Lavista, M. Carmona y Valle, E. Liceaga, J. M. Rodriguez, R. Fuertes, M. Alvarado, D. Mejía, J. M. Bandera, M. Dominguez, M. Gutierrez, San Juan, F. de P. Chacón, M. Cordero, F. López, F. Ortega y Fonseca, F. Hurtado, N. Vargas, J. Martinez del Campo, C. Tejeda Guzman, J. Villagrán.

DIRECCION Y REDACCION:

REFUGIO NUM. 15, ENTRESUELO,

DESPACHO DE LOS SRES.

E. DUBLAN Y COMP.

Administrador y propietario: Dr. Manuel Barreiro.

Apartado en el Correo núm. 619.

PRECIOS DE SUSCRICION:

EN LA CAPITAL

Por un mes....................$ 0 50

Por seis meses.................... 2 50

EN LOS ESTADOS

Por un mes....................$ 0 62

Por seis meses.................... 3 00

PRENSA EXTRANJERA QUE RECIBIMOS PARA LA FORMACION DE LA REVISTA:

"Gaceta Médica de Paris."—"Gaceta de los hospitales civiles y militares de Paris."—"Periódico de las Sociedades Científicas."—"Revista Científica."—"La Naturaleza."—"Gaceta Hebdomadaria."—"Revista de Medicina," de Bouchard, Charcot y Chauvau.—"Anales de las enfermedades de los órganos genito-urinarios."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Lúcas Championière.—"Periódico de Medicina de Paris," de Lutaud.—"Boletin de la Academia de Medicina."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Bruselas.—"El Electricista."—"El Tiempo Médico," de Filadelfia.—"El Registro Médico."—"El Mundo Médico."—"Anales de Ginecología," de Boston.—"La Lanceta," de Lóndres.

SECCION EDITORIAL.

ANOMALIAS DE LA REFRACCION.

Por el Dr. Manuel M. Carmona y Valle.

ANOMALÍAS DE LA REFRACCION.

En el aparato de la vision, como en los demás sentidos, se necesitan tres circunstancias para que la percepcion sea exacta: 1º integridad del órgano; 2º estado fisiológico del medio de comunicacion; y 3º, sensorium intacto. Faltando cualquiera de estas tres circunstancias, la percepcion no será exacta.

Por tanto, para que la vision sea perfecta se necesita que el órgano, es decir, el ojo, se halle en estado fisiológico. Hagamos á un lado la alteracion de los tejidos, así como las diversas enfermedades comunes á otros aparatos, y detengámonos solamente á considerarlo como un instrumento de óptica; fijándonos, sobre todo, en que la refraccion se haga de una manera conveniente y el foco se venga á formar exactamente sobre la retina. Siendo así perfecta la impresion, y no habiendo alteracion en el nervio óptico ni en el sensorium, la percepcion será exacta y la vision fisiológica.

Para proceder de lo fácil á lo difícil, consideremos primero al ojo como un instrumento de óptica, que necesita estar dispuesto de manera que los rayos luminosos que llegan á él de una distancia infinita ó en una direccion paralela, vengan á formar foco sobre la retina. Estudiemos las condiciones necesarias para conseguir este objeto, y de este estudio deduciremos las anomalías de la refraccion que bajo este punto se puedan presentar, y que llamaremos *anomalías de la refraccion estática.*

Más tarde estudiaremos al ojo como un instrumento capaz de formar su foco siempre en la retina, cualquiera que sea la distancia del punto luminoso, y entonces trataremos de las anomalías de la acomodacion, ó de la *refraccion dinámica.*

Por último, consideraremos los diversos cambios que pueden presentar en su forma las superficies refringentes y las consecuencias que de aquí se deducen.

ARTÍCULO I.—*Anomalías de la refraccion estática.*—Considerando el aparato dióptrico del ojo sin atender á la acomodacion, podemos representarnos á este órgano en su forma más simple, como constituido por una lente que ocupase el centro del ojo, y á la retina como un diafragma colocado á la distancia focal principal de esta lente. De esta manera los rayos que lleguen á él en una direccion paralela, vendrán á formar su foco en la retina, según las leyes físicas; y á esta especie de refraccion en que no interviene ninguna otra fuerza que la simple refraccion de los medios transparentes, llamaremos refraccion estática: y al ojo que se halle

en este estado, que es fisiológico, se le ha llamado ojo *emétrope.* Supongamos por un momento que la retina no esté colocada á la distancia focal principal de la lente, sino más allá ó más acá; entonces el foco no coincidirá con la retina, sino que se formará en el primer caso delante, y en el segundo detrás de esta membrana; la imágen que se pinte en ella distará mucho de ser perfecta, y por consigiuente la impresion será defectuosa.

Cuando la retina se halla colocada más allá de la distancia focal, se dice que hay miopía; *y cuando está más acá, se dice que hay hypermetropía:* anomalías que llamaremos de la refraccion estática.

La miopía puede resultar, ya de que el globo ocular se encuentre más alargado que en el estado fisiológico, ó ya de que siendo normal, los medios transparentes tengan mayor poder refringente. Fácilmente se concibe que en uno y otro caso el resultado ha de ser el mismo. Sin embargo, despues de un gran número de observaciones, en las que escrupolosamente se han tomado medidas exactísimas, se ha llegado á demostrar que en la inmensa mayoría de casos, los medios refringentes no varian, sino que el diámetro antero-posterior del ojo es mayor en la miopía y menor en la hypermetropía que en el ojo emétrope.

En último análisis diremos, que el ojo es *emétrope* cuando paralizada la acomodacion, los rayos paralelos vengan á formar foco sobre la retina; y diremos que hay *ametropía,* cuando en estas mismas circunstancias el foco no se forma sobre la membrana sensible. Si el diámetro antero-posterior está alargado y el foco se forma delante de la retina, habrá *miopía;* si este diámetro es más corto y el foco se forma más allá de esta espansion nerviosa, habrá *hypermetropía.*

ARTÍCULO II.—*Anomalías de la refraccion dinámica.*—En la maravillosa disposicion del ojo se encuentra prevista la inmensa dificultad que habria para que se forme siempre el foco sobre la retina, cualquiera que sea la distancia á que se halle colocado el objeto; y sin entrar en grandes detalles sóbre la acomodacion, diré solamente, que segun todas las probabilidades, el músculo ciliar es el órgano encargado de aumentar más ó menos la convexidad del cristalino, para que aumentándose ó disminuyéndose así su poder refringente, el foco coincida siempre con el plano de la retina. Si faltara este mecanismo, el ojo seria un aparato imperfecto, porque todo el mundo sabe lo que pasa en una lente cuando los rayos no siendo paralelos, se van haciendo más y más divergentes á medida que el punto luminoso se aproxima. En este caso, el foco ya no se forma á la distancia focal principal de la lente, sino que esta distancia se va aumentando hasta el punto que los rayos luminosos llegarán á nó formar foco, sino que tomarán la direccion paralela despues de haber atravezado la lente.

Para evitar este inconveniente, habria dos medios: ó bien alejar la retina á medida que el cuerpo luminoso se acerca, ó aumentar progresivamente el poder refringente de la lente. Este último fenómeno es el que existe en el admirable mecanismo de la acomodacion.

De lo dicho se infiere, que para que la vision sea exacta á todas distancias, no basta ya la refraccion estática de que hemos hablado, sino que es indispensable agregar instintivamente nuevas cantidades de refraccion, que se producen mediante la accion del músculo ciliar. A estas nuevas cantidades de refraccion es á lo que se ha llamado *refraccion dinámica;* y á sus anomalías, *anomalías de la refraccion dinámica.*

Entre ellas se cuenta la presbicia ó presbiopia, la astenopia acomodativa, la midriasis ó parálisis de la acomodacion, y la miosis ó espasmo del músculo ciliar.

§ 1º—La presbiopia, que en todo rigor no puede decirse que sea un estado morboso, necesita, sin embargo, del auxilio del arte cuando llega á cierto grado de intensidad.

Veamos en lo que consiste esta anomalía, y entonces comprenderemos la exactitud de la de la proposicion anterior.

La presbiopia no es otra cosa que ese alejamiento progresivo del punto próximo, debido solo al transcurso de los años. Es, pues, un estado comun al ojo emétrope, así como al miope y al hypermétrope; sin que se crea que este alejamiento existe solo á una edad avanzada, puesto que comienza desde los primeros años de la vida; con la diferencia, que haciéndose de una manera lenta y gradual, sus efectos no se notan sino á una edad avanzada; cuando la distancia es tal, que llega á ser incompatible, ó

cuando menos, molesto para la ocupaciones ordinarias. En prueba de lo dicho presentaré el cuadro siguiente, que es el resultado de numerosas observaciones hechas por el Sr. Donders.

EDAD	Distancia del punto próximo
10 años..............	2 pulgs. y $\frac{2}{3}$
14 „	3 „
17 „	3 „ $\frac{1}{4}$
20 „	3 „ $\frac{1}{2}$
22 „	4 „
25 „	4 „ $\frac{1}{2}$
30 „	5 „
32 „	6 „
35 „	7 „
40 „	9 „
45 „	12 „
50 „	18 „
60 „	36 „
75 „ al afinito.	

Del exámen de este cuadro se deduce, que si á la edad de 10 años el punto próximo existe á 2 pulgadas y $\frac{2}{3}$, á los 20 años está ya á 3 y $\frac{1}{2}$ pulgadas, á los 30 á 5, á los 40 á 9, á los 50 á 18, á los 60 á 36; y por último, á los 75 al infinito. Se vé, pues, que desde los primeros años de la vida empieza á retroceder el punto próximo; pero mientras el alejamiento no pase de 9 á 12 pulgadas, no trae consigo ninguna perturbacion marcada de la vision, á lo menos para los usos ordinarios de la vida; mas cuando la distancia pasa de 12 pulgadas, es decir, de los 45 años en adelante, ya hay una perturbacion molesta, y para ver con claridad se necesita alejar los objetos; circunstancia que, además de ser incompatible con las ocupaciones ordinarias, da lugar á la debilidad de la imágen, supuesto que se aumenta la distancia; de donde resulta, que ya entonces se hace notable la falta de la vision, y se recurre á los socoros del arte.

Hay más aún; si solo se atiende al aumento progresivo de la distancia, pareceria que la anomalía marcha más rápidamente en la vejez que en los primeros años: pero si atendemos á las cantidades de refraccion que se van perdiendo, entonces nos convenceremos que sucede lo contrario, y que se pierden más rápidamente en la primera edad que en la vejez. Tomemos por unidad la cantidad de refraccion que existe á la edad de 20 años, y si atendemos á las cantidades de refraccion que se van perdiendo poco á poco (por las que necesitamos agregar para corregir la pérdida), nos convenceremos de que en el espacio que média entre 20 á 30 años, se pierden $\frac{3}{10}$ de la refraccion total (dinámica); que de 30 á 40 se pierden otros $\frac{3}{10}$: que de 40 á 50 la pérdida es de $\frac{2}{10}$: que de 50 á 60 solo es de $\frac{1}{10}$; y que de 60 en adelante se pierde el último $\frac{1}{10}$. De aquí se infiere que el retroceso del punto próximo, no solamente no es exclusivo de la vejez, sino que desde la infancia se empiezan á perder cantidades muy notables de la refraccion dinámica.

Tratemos de buscar la causa de este alejamiento del punto próximo, y examinemos la opinion cmunmente admitida. Se dice que la presbiopia viene en la vejez por una fatiga ó cansancio del músculo ciliar: pero esto no puede admitirse en los primeros años de la vida, porque entonces los músculos conservan toda su energía, y hemos visto que la pérdida es más notable en la niñez. Por lo mismo no es admisible que la presbiopia sea solamente producida por la fatiga del músculo ciliar.

M. Hermholtz ha llegado á demostrar que una lente de la misma forma que el cristalino, y cuyas capas fueran todas homogéneas, tendria un foco más largo que el que tiene el cristalino. Ahora bien; sabido es que en la niñez el critalino está compuesto de un núcleo duro; que las capas corticales van haciéndose más y más blandas mientras más se acercan á la superficie, y que á medida que se va avanzando en edad, van endureciéndose estas capas corticales. Así pues, si admitimos como exacta la proposicion que ha asentado el ilustre inventor del oftalmoscopio, debemos aceptar que este endurecimiento progresivo es la causa principal del alejamiento del punto próximo. Sin embargo, no podemos desechar del todo la opinion antigua; porque es muy natural que un cristalino endurecido sea más difícil de comprimir que un cristalino blando, y que esta dificultad aumente tanto más, cuanto disminuya la energía del músculo ciliar.

Reasumiendo, diremos, que la presbiopia es una consecuencia natural de la edad; que empieza en la niñez, y si se hace notable, sobre todo, en la vejez; y por último, que depende no solamente del cansancio del músculo ciliar, sino, sobre todo, del endurecimiento progresivo de las capas corticales.

§ 2.º *Astenopía acomodativa.*—La astenopía acomodativa, que se ha llamado tambien debilidad ó torpeza de la vista, amaurosis muscular, amblyopía esténica ó asténica, kopeopía, fatiga de la acomodacion, etc., es una anomalía caracterizada por la dificultad de la acomodacion á una distancia corta y de una manera sostenida. Cuando principia, los enfermos empiezan sus trabajos sin dificultad alguna; pero despues de un tiempo más ó menos largo, acaban por fatigarse y confundírseles los objetos. Tienen una sensacion de peso en la region frontal y necesitan cerrar los ojos ó dirigir la vista á objetos lejanos para volver á empezar sus trabajos.

En una época más avanzada, disminuye el tiempo que pueden aplicar su vista á objetos cercanos, hasta el punto que algunos enfermos apenas pueden leer uno ó dos renglones, experimentando despues una turbacion tal, que les es imposible continuar la lectura; sintiendo entonces, no ya una sensacion de pesantez en la region frontal, sino un verdadero dolor ó constriccion inexplicable; pero lo notable es que no lo refieren al ojo, sino á la ceja ó frente. El mayor número de estos enfermos son muy sensibles á la luz viva, y les molesta muy notablemente el reflejo del sol ó la luz de un quinqué. Cuando la vista no se aplica á objetos cercanos durante uno ó mas dias, el trabajo se empieza con mas brío y dilata mas tiempo en aparecer la fatiga, que cuando se ha continuado de una manera no interrumpida. ¡Con razon se ha llamado fatiga de la acomodacion!

Sin embargo, no admitimos de una manera absoluta este nombre, por no confundir la verdadera astenopía; que se presenta en personas aun robustas y que es una afeccion durable, con la pereza ó fatiga de la acomodacion, que solo se encuentra en personas debilitadas por largas enfermedades, ó por cualquiera otra causa.—Expliquemos nuestro pensamiento. Se concibe facilmente que una persona, aun cuando tenga perfectamente sano su ojo, si sufre enfermedades de larga duracion ó se somete á la influencia de cualquier causa debilitante, sienta en su ojo la misma falta de energía que en el resto de su organizacion, y por lo mismo, no pueda leer ú ocupar su vista de cerca sin experimentar cansancio.

Pero no es esta la fatiga de que nos ocupamos, sino la que suele venir frecuentemente sin causa alguna debilitante, y sin que pueda remediarse cuando el enfermo se repone. La fatiga de que tratamos es, en la inmensa mayoría de casos, sintomática de la hypermetropía, y por consiguiente el resultado de esfuerzos desusados en la acomodacion. Al ocuparnos del diagnóstico de esta anomalía, veremos que se liga tan íntimamente este estado patológico con la verdadera *astenopía* y que se puede sospechar la existencia de aquella cuando un enfermo acusa los síntomas de esta.

Profundicemos un poco la cuestion y tratemos de darnos razon de lo que pasa en un ojo *hypermétrope.* Hemos dicho que en un ojo semejante, cuando se paraliza la acomodacion, el foco se viene á formar detrás de la retina, ó lo que es lo mismo, que en un ojo *hypermétrope* no basta la refraccion estática para que la vision se verifique, supuesto que el foco no se forma en la membrana sensible. De aquí se deduce como corolario, que aun para la vision de objetos lejanos, necesita un *hypermétrope* poner en juego su acomodacion dinámica, á diferencia del ojo *emétrope* ó normal, que solo la usa cuando necesita ver objetos cercanos. Por otra parte, es muy natural suponer, que cuando á un músculo se le obliga á trabajar más de lo que sea compatible con su energía, tiene que acabar por fatigarse, no pudiendo soportar tal exceso. Esto es lo que pasa en la *hypermetropía,* pues como hemos dicho, un ojo necesita en estas circunstancias gastar una parte de su acomodacion para aumentar la refraccion de los medios, y hacer que el foco coincida con la retina; luego si á este ojo que ha gastado una parte de su refraccion dinámica, se le obliga á trabajar como á uno *emétrope,* en objetos cercanos, necesitará el aparato acomodador hacer esfuerzos desusados para conseguir este objeto; y de aquí la fatiga ó *astenopía.* Por esto vemos que la *astenopía* aparece tanto más pronto, cuanto más exagerada es la *hypermetropía,* y cuanto más trabaje el individuo en objetos pequeños y cercanos. Por esto sucede tambien, que mientras más tiempo dura el reposo de la vista, con tanto más brío se emprenden los trabajos, y tanto más tiempo tarda en aparecer la fatiga.

§ 3.º *Midriasis.*—Sin entrar en detalles sobre la acomodacion, bastará decir que toda causa que produce la dilatacion insólita de la pu-

pila ó la *midriasis*, paraliza más ó menos la acomodacion y deja por lo mismo al ojo en circunstancias tales, que, cuando la parálisis es completa, cesa totalmente la refraccion dinámica, quedando solo lo que hemos llamado refraccion estática.

En consecuencia, los fenómenos varian segun que el ojo es *emétrope, miope* ó *hypermétrope*. En el primer caso, si la midriasis es completa, el punto próximo se hallará al infinito, y será imposible acomodar la vista á objetos cercanos.

En caso de miopía, solo se verán los objetos que estén colocados á la distancia del punto remoto, es decir, á diez pulgadas cuando la miopía se corrija con un vidrio del número 10, y así sucesivamente; y no se verán los objetos colocados al infiinito, porque en el hecho de ser el ojo *miope*, los rayos que vienen en direccion paralela deben formar foco antes de llegar á la retina, segun lo hemos indicado cuando nos ocupamos de la miopía. Tampoco se verán los objetos colocados mas acá de diez pulgadas, porque siendo la miopía del número 10, hay que hacer uso de la acomodacion dinámica, que no existe, supuesto que en la midriasis se paraliza.

Si hubiese midriasis en la hypermetropía, no se verán con claridad ni los objetos lejanos, ni los cercanos, porque para los primeros, la acomodacion está paralizada, y para los últimos, la refraccion estática no es bastante para formar el foco en la retina.

Todos estos fenómenos se pueden estudiar con el auxilio de la atropina ó de cualquier otro midriático.

(Continuará).

REMITIDOS CIENTIFICOS.

EL FENOMENO DE LA SOMBRA PUPILAR.

Actualmente está muy en boga en las clínicas europeas, un procedimiento de exámen del estado de la refraccion del ojo humano, que además de ser muy sencillo, tiene otras ventajas que á su tiempo haré patentes. En ocasion de mi turno de lectura, tengo la honra de exponerlo á vdes. No debiendo ser leidos estos renglones ante una Sociedad de ofatlmología, sino en una reunion que se interesa por estudiar igualmente los diversos ramos de las ciencias médicas, solamente distraeré vuestra atencion breves momentos; los necesarios para dar á mi relacion la extension suficiente para hacerla comprensible.

El proceder á que aludo ha sido bautizado con sinnúmero de nombres, casi todos impropios, puesto que las palabras que sirven para designarlo tenian de antemano otro significado preciso. Se le ha llamado queratoscopia, retinoscopia, pupiloscopia, refractoscopia, etc. El nombre griego de esquiascopia (σκια, sombra) es de los mejores. Preferiré, no obstante, llamarle con Leroy de Lille: "El procedimiento del fenómeno de la sombra pupilar."

Este procedimiento no es á la verdad nuevo; pero hasta hace poco tiempo entró en la práctica usual. Su verdadero autor es Cuignet, y han contribuido á su adelanto, entre varios, Parent, Landolt y Leroy, empleándolo los prácticos más distinguidos del viejo Continente.

I.—Exámen.

Se coloca al individuo que se va á examinar y cuya pupila se habrá dilatado por la atropina ó, de preferencia, por la cocaina que ejerce una accion menos duradera y menor influencia sobre la acomodacion, en un cuarto oscuro, cual si se fuera á practicar un reconocimiento oftalmoscópico comun. El observador, provisto de un espejo de oftalmoscopio, cóncavo y de larga distancia focal, se colocará frente al enfermo, separándolo de él 1 metro ó 1,^{m}20. Será la mejor distancia aquella en que mejor percibe los fenómenos que voy á describir.

A. Observacion del ojo emétrope ó normal. —Iluminando su pupila con el haz enviado por el reflector del oftalmoscopio, se observará una coloracion rojiza un poco sombría en su centro. Si se hace girar el espejo al rededor de su mango de izquierda á derecha, la penumbra central se desalojará hácia la derecha del centro de la córnea y se acentuará más, convirtiéndose en sombra. Se le ha llamado sombra inversa.

B. Ojo hipermétrope.—La sombra es igualmente inversa, pero á la vez periférica; es decir, en la emetropía la sombra se forma entre el centro de la córnea y el borde pupilar, en tanto que en la hipermetropía se observa en el borde pupilar mismo.

C. Ojo miope.—Sombra directa: si se lleva el haz luminoso de izquierda á derecha, se verá una claridad ó brillo que se dirige á la de-

recha del polo corneano. Para que la sombra sea directa, se necesita que el observador esté separado del ojo miope por una distancia mayor que la del *punctum remotum.* En las miopías débiles, de una dioptría, por ejemplo, si el observador se coloca á 1 metro de distancia, la sombra será inversa como en la emetropía, puesto que á esta miopía corresponde un *punctum remotum* situado á la distancia de 1 metro. De aquí se deduce que en la valorizacion del grado de ametropía, se debe tener en cuenta la distancia que separan al observador y al observado, como se verá adelante, al tratar de las fórmulas que sirven para este objeto.

D. Astigmatismo regular.—Cada uno de los meridianos principales de la córnea, segun el estado de su refraccion, producirá una de las sombras de que he hablado: el meridiano miope, sombra directa; el hipermétrope, inversa, central, etc.

Conviene no olvidar que los ojos présbites, no por tener su músculo de la acomodacion cansado, dejan de ser emétropes y aun pueden ser miopes, como lo demostrará la pupiloscopia.

Si se hace uso del espejo plano del oftalmoscopio, en lugar del cóncavo, la marcha de la sombra se efectuará en el sentido contrario al arriba indicado para las diversas anomalías de refraccion.

II.—Evaluacion del grado de ametropía, ó sea de la anomalía de refraccion.

La fórmula de Leroy es muy práctica:

$$Am = M - {}^1/_d \quad (1)$$

Am, representa el grado de ametropía que es lo que se busca; d, la distancia del observador al observado, y M, el número de un vidrio intermedio á otros dos que siendo los más próximos en numeracion, coloquen cada uno de ellos la sombra en direccion opuesta: uno á la derecha y otro á la izquierda, bajo las mismas condiciones de alumbrado. Representando por n y n' cada uno de los vidrios más próximos que cambian el sentido en que se mueve la sombra, tendremos:

$$M = \frac{n + n'}{2} \quad (2)$$

Sustituyendo en la fórmula (1) á M por su valor, quedará en definitiva:

$$Am = \frac{n + n'}{2} - \frac{1}{d} \quad (3)$$

Fórmula con la que se valoriza el grado de anomalía de la refraccion.

Aclararé la aplicacion del procedimiento con un ejemplo: Supongamos un ojo miope; lo observamos de la manera indicada y notaremos, segun lo ya sabido, que la sombra es directa. Si delante del ojo por estudiar colocamos una lente cóncava—0, 25 dioptrías [1] y éste no cambia el sentido de la marcha de la sombra, colocaremos otro mayor, sea —0,50 D; éste producirá, supongamos, un resultado aún dudoso; pero el inmediatamente mayor, el número —0,75 D, cambia la direccion de la sombra y la hace inversa. Reasumamos: con el número —0,25 D, sombra directa y con el —0,75 D, inversa El intermedio á estos dos ó sea el número —0,50 D, será el valor de M, segun la fórmula (2).

$$M = \frac{0{,}25 + 0{,}75}{2} = 0{,}50$$

Si este resultado lo obtuvimos observando al enfermo á 1 metro de distancia, su miopía será de —1,50 D, resultado que se tiene instituyendo en la fórmula (3) las letras por sus valores.

$$Am = \frac{-0{,}25 - 0{,}75}{2} - \frac{1}{1} = -1{,}50 \text{ dioptrías}$$

Este procedimiento de exámen objetivo de la refraccion, es el más sencillo de los conocidos. Fácil de comprenderse y no difícil de aplicarse. Muy útil para conocer el estado de la refraccion en los niños y para descubrir la simulacion, puesto que todo se deduce de lo observado por el médico. Con corta práctica se llega á poseer y ni aun es necesario que el observador distinga los detalles del fondo del ojo con el oftalmoscopio.

El lado práctico de la cuestion, el más importante, ha fijado los límites de mi pequeño trabajo. Omito por esto la explicacion del fundamento del procedimiento, explicacion sobre la cual están lejos de ponerse de acuerdo los autores.

AGUSTIN CHACON.

(Leido en la Sociedad Iatromática).

---

1 El número de las lentes cóncavas es siempre negativo.

DE LAS LESIONES DE LA PLACENTA EN LA ALBUMINURIA,

POR EL DR. A. ROUHAUD.

(CONCLUYE).

Diagnóstico.

El diagnóstico de las lesiones hemorrágicas placentarias no se puede establecer de una manera absoluta. Una sensacion de pesantez súbita y dolorosa experimentada al fin del embarazo por una mujer primípara que presenta todos los síntomas de una albuminuria intensa, con ó sin eclampsia, la lentitud ó debilitamiento de los ruidos del corazon del feto, podrán hacer presumir, pero nunca con una seguridad completa, que se ha verificado una hemorragia intraplacentaria. En los casos agudos, que son bastante raros, la intervencion seria superflua puesto que el embarazo se suspende casi fatalmente.

Pronóstico.

El pronóstico de las lesiones placentarias hemorrágicas en la albuminuria, es muy interesante bajo el punto de vista de la marcha del embarazo y de la salud del feto. Hé aquí las palabras de Chantreuil en la Clínica citada al principio de este trabajo: "La influencia de la albuminuria sobre la marcha del embarazo y el desarrollo del producto, ha sido muy discutida: Rayer y Cahen la afirman, Blot la niega. Creo haber encontrado en la apoplegía placentaria la causa de esta divergencia. Por sí misma la albuminuria no tiene influencia directa; pero la apoplegía placentaria que resulta de la albuminuria, tiene una influencia manifiesta."

Hemos podido confirmar la idea de Chantreuil, y hé aquí el resultado de nuestras observaciones: en veintinueve casos de albuminuria con lesiones, el embarazo ha podido llegar á término catorce veces; en la otra mitad, el parto fué prematuro, en general del sétimo al octavo mes, sin complicaciones.

Sobre cuarenta y un casos de albuminuria sin lesiones el parto, prematuro ha sido notado diez y siete veces, pero en seis casos habia embarazo gemelar ó hidroamnios, y en dos de ellos se presentaron ambas complicaciones cuya influencia sobre la duracion del embarazo no es discutible. Nuestra estadística arroja, pues, 25 por ciento de casos de parto prematuro en la albuminuria sin lesiones de la placenta. La comparacion de estas cifras con las precedentes hace resaltar la nefasta influencia de la apoplegía placentaria sobre la marcha del embarazo.

Esta influencia es mucho más marcada sobre la salud del feto. La teoría lo hace presentir y los hechos lo confirman plenamente. Siendo la placenta, segun la feliz expresion de Stein, el pulmon fisiológico del feto, todas sus alteraciones deberán tener una influencia marcada sobre el desarrollo de éste, en relacion con la naturaleza, la extension, la posicion y la simultaneidad de las lesiones.

En la hemorragia placentaria, lesion que se verifica en el centro de los cotiledones, el niño muere de asfixia si el derrame es extenso y la circulacion suplementaria no puede establecerse; en los casos menos agudos, el niño sobrevive, pero nace dotado de una vitalidad menor y un peso menor que el normal.

Sobre los veintinueve casos de albuminuria con lesiones placentarias, once niños nacieron muertos. Sobre los 47 restantes, seis llegaron á un peso de tres mil gramos, 2,700 gramos peso medio, es decir, 500 gramos menos que el peso normal del feto, que se calcula en general en 3,200 gramos.

Sobre 45 niños nacidos de albuminúricas sin lesiones placentarias, doce vinieron al mundo muertos, cinco provenian de embarazos gemelares complicados ó no de hidroamnios, tres embarazos simples con hidroamnios. Sobre los 33 restantes, 17 llegaron ó pasaron del peso de 3,000 gramos y su peso medio fué de 3,100 gramos. Los focos hemorrágicos comprometen pues la salud del niño.

¿Las lesiones placentarias, tienen influencia sobre la marcha del parto? John Bremmer, que ha propuesto tal cuestion y la ha resuelto por la afirmativa, pretende que, por una especie de contagio de vecindaje, la energía contráctil del útero se encuentra disminuida. Despues de haber expuesto esta opinion, Charpentier, en su Tratado de partos, agrega que tal idea es puramente teórica.

A suponer que tal diminucion de energía sea real, sus efectos son neutralizados por la diminucion del volúmen del niño y nada cambiaria en la marcha del trabajo.

El pronóstico de la hemorragia no tiene más gravedad para la madre que la de ser indicio de una albuminuria grave.

El tratamiento de la hemorragia placentaria no puede ser más que preventivo y deberá dirigirse á la causa, es decir, á la albuminuria. Se deberá examinar con cuidado la orina de la mujer cuando haya indicios de hemorragia placentaria, para instituir desde luego el tratamiento de la albuminuria que se haya expuesto en todos los tratados de partos.

REVISTA EXTRANJERA.

PATOLOGÍA INTERNA.

DEL VALOR DIAGNÓSTICO DE LA TOS Y DE LOS MEDICAMENTOS EXPECTORANTES.—La tos seca y la tos húmeda constituyen para W. Thompson un signo diagnóstico. La primera tiene por tipo la hiperhemia simple de una region cualquiera del árbol aéreo, entre la epiglotis y las terceras divisiones brónquicas.

La segunda es la bronquitis crónica con expectoracion; contra la primera está indicado provocar la expectoracion; contra la segunda es preciso, al contrario, disminuir la abundancia de los esputos.

En el primer caso, se puede administrar el tártaro estibiado á dósis refractas y repetidas, hasta producir una abundante expectoracion; en el segundo, conviene atenuar las fatigas de una tos rebelde, como en la tisis, es inútil prescribir el cloral y la morfina.

La tos puede ser de orígen faringeo, esta variedad se observa en la tisis avanzada. En este caso se puede emplear, como lo hace Ringer, las unciones directas con morfina ó imitar á Thompson, cuya opinion parece muy optimista, que usa el acónito.

Aun hay otras variedades de tos que merecen la atencion de los clínicos: tal es la tos pleurética, espasmódica, la de la tos ferina, la tos tan frecuente de orígen palúdico que cede á la quinina.

La tos uterina debe ser combatida por medios muy diferentes: los purgantes, el ruibarbo, los antiespasmódicos, la valeriana, el asa fétida ó los sedantes como los bromuros.

La tos de causa local (causada por la compresion de la traquea, por un aneurisma ú otros tumores) debe ser tratada por los medios quirúrgicos; se ha obtenido algun alivio con las sanguijuelas aplicadas sobre la region esternal.

Para ser completos, citaremos la tos esplénica, hepática, cerebral, la tos refleja de orígen auricular; es inútil detenerse más en estas formas que son puramente sintomáticas.

Se puede decir que el tratamiento de la tos consiste ya sea en facilitar la expectoracion, ya sea en disminuir el espasmo, sea, en fin, en disminuir la secrecion.

Entre los expectorantes, Thompson recomienda la mezcla siguiente:

Aceite de linaza..........		105 00 gram.
Esencia de winter green.	ää	2 00 „
Idem de canela.........		
Acacia pulverizada........		75 00 „
Agua..................		180 00 „
Glicerina		37 00 „
Jarabe simple............		75 00 „
Agua dest. de laurel cerezo.		3 00 „

Para tomar á la dósis de 30 gramos mezclado con una solucion de cloral ó en una pocion calmante.

ENTEROPTOSIS DE GLÉNARD.—El Sr. Féréol, en una Memoria reciente, expone todos los signos de la afeccion descrita por el Sr. Glénard. Se sabe que, segun el autor, un gran número de estados morbosos complejos que no parecen corresponder á ninguna lesion orgánica y son designados habitualmente bajo los nombres de neurostenia, neurosis, dispepsia intestinal, caquexia cerebro cardiaca, vértigo estomacal, etc., etc., reconocen por punto de partida un desarreglo en la estática intestinal; el codo derecho del cólon ascendente se abate y arrastra al cólon transverso que se coloca como una banda á través del abdomen; el estómago tambien sigue el movimiento y se abate; al mismo tiempo puede existir una caida de todo el paquete del intestino delgado cuyo peso estira la arteria mesentérica; ésta forma una verdadera cuerda que aplasta y comprime al duodeno; de aquí diferentes perturbaciones digestivas y toda clase de reflejos hácia el cerebro, el corazon, los pulmones y la nutricion general; el bazo, el hígado, y sobre todo, el riñon, pueden tambien desalojarse. Ahora bien, todos estos síntomas, excesivamente variables, ceden con un tratamiento que consiste en combatir los desórdenes digestivos por un régimen especial ayudado por dósis de bicarbonato de sosa más fuertes que las

prescritas comunmente, y sobre todo, en luchar contra los desalojamientos intestinales por medio de cinturones y de vendajes apropiados.

El Sr. Féréol, desde que estudia esta cuestion, ha reconocido la existencia de la afeccion en cierto número de sus enfermos. Los signos físicos que hay que buscar, con frecuencia es difícil reconocerlos; pero, en principio, se puede establecer que en todo enfermo que se queja de estas perturbaciones vagas, que se han designado bajo el nombre de neurostenia, se debe sospechar la enteroptosis. Los signos principales consisten en la constipacion habitual con evacuaciones diarréicas y dispepsia, y sobre todo dos signos muy especiales: intolerancia para la leche que es mal digerida, aun cuando no repugne al enfermo, é insomio particular que hace que el enfermo, durmiendo bien al principio, despierte entre dos y cuatro de la mañana, con un malestar que no le permite volverse á dormir sino mucho más tarde: estos dos últimos signos son de suma importancia. Se les puede agregar el siguiente que se encuentra en la mayoría de casos: cuando los enfermos están de pié y colocándose detrás de ellos apoya uno ambas manos de plano sobre el vientre bajo, oprimiendo de abajo hácia arriba de modo que se eleve todo el paquete intestinal, declaran que se alivian instantáneamente; tan pronto como se retiran las manos el malestar reaparece. Cuando esta prueba da resultado se puede afirmar que el enfermo necesita una faja, el régimen de los alcalinos y los laxantes.

La faja es el punto principal del tratamiento; pero no siempre es fácil realizar la contencion del abdomen. Para conseguirla, en personas de una gordura moderada, basta á veces con unas vueltas bien apretadas de una venda de franela de 25 á 30 centímetros de altura; pero esto es excepcional. Más á menudo se necesita de una faja especial, que pasa sobre los iliacos en donde toma su punto de apoyo. Además, y para levantar las vísceras, es preciso armar esta faja, al nivel del vientre bajo, de pelotas de forma y magnitud variables que se insinúan más ó menos en la cavidad *pélvica:* estas pelotas deben colocarse en una armadura metálica que les sirve de punto de apoyo.

El Sr. Féréol cita varias observaciones en las que estos procedimientos han dado resultado de una manera completa; sin embargo, agrega que en algunos casos, esta aplicacion es difícil de hacerse soportar y en otros es completamente intolerable. — (*Journ. de Médecine et Chirug.*)

CLÍNICA TERAPÉUTICA.

Nuevas indicaciones terapéuticas en el tratamiento de la insuficiencia renal.— *Nefritis crónica, degeneracion del riñon, arterio-esclerosis, por el Dr. Dujardin Beaumetz.* —El estudio de las afecciones renales ha hecho numerosas adquisiciones en materia de terapéutica. El importante papel que se atribuia á la presencia de la albumina en la orina, tiende á ser remplazado por la idea de la no eliminacion de los principios tóxicos de la economía por el riñon alterado; esta insuficiencia renal debe, pues, llamar la atencion de los clínicos en el tratamiento de las diversas degeneraciones del riñon.

Si la presencia de la albumina permite apreciar el estado congestivo del riñon y las inflamaciones agudas de este órgano, no sucede otro tanto en los casos de degeneracion crónica. Tal enfermo puede presentar hasta 3 ó 4 gramos de albumina sin sentir grandes molestias, mientras que otro experimenta síntomas tóxicos, bastante graves para producir la muerte, sin que en su orina se encuentre cantidad apreciable de albumina.

La cantidad de orina no basta para apreciar la insuficiencia renal, porque si en las orinas raras es un signo pronóstico importante, no lo es cuando son abundantes: hay enfermos que arrojan 2 ó 3 litros diarios de orina y que sin embargo su aparato renal es insuficiente, pues la densidad de su orina es extremadamente débil y no contiene casi mas que agua.

Esa retencion de materias extractivas y de toxinas produce un complexus sintomático que no podemos exponer de una manera completa; pero hay formas clínicas que es necesario conocer, fuera de las formas eclámpsicas y comatosas que se observan, sobre todo en la insuficiencia renal aguda.

Esta palabra: insuficiencia renal aguda, reclama una explicacion. Unas veces la supresion de las funciones renales es brusca: esta es la forma aguda; otras al contrario la supresion es lenta y proporcional á la marcha gradual é invasora de la degeneracion renal. Esta es la forma crónica.

A esta última forma pertenece la dispnea urémica, tan frecuentemente confundida con el asma y de cuya enfermedad se distingue por la irregularidad de los accesos dispnéicos.

Otra forma, no menos frecuente, es la forma dispéptica con ó sin vómitos. Algunas veces dominan los síntomas cerebrales que ocupan el primer rango entre estos fenómenos de intoxicacion. Estas manifestaciones cerebrales consisten en cefalálgia, lentitud en las ideas y á veces perturbaciones delirantes de formas muy variables.

Seguramente, una de las formas menos conocidas de la insuficienia renal es la que produce sus manifestaciones en la piel y que se traduce por dos clases de síntomas: ya por invasion aguda muy análoga á la escarlatina á la que se ha dado el nombre de *dermatitis exfoliativa*, ya por sensacion de comezon generalizada.

Este síntoma es tan frecuente que se puede establecer esta regla: que en los viejos que fuera de toda afeccion parasitaria, se quejan de prurito generalizado, se debe analizar con el mayor cuidado la orina.

La causa más frecuente es la arterio-esclerosis.

La alteracion de la red capilar produce la insuficiencia renal, así como tambien perturbaciones en la funcion cardiaca, hasta el grado de producir lesiones del miocardio y perturbaciones en el ritmo de las contracciones del corazon.

La manera de combatir los síntomas que resultan de esa insuficiencia renal obedece á dos indicaciones, á saber: eliminar las sustancias tóxicas que se acumulan en la economía y reducir á su mínimum las toxinas urinarias sobre las cuales Bouchard y sus alumnos han dado preciosas y útiles indicaciones.

Lo primero se logra haciendo obrar los diuréticos, los purgantes y los sudoríficos, para eliminar dichas sustancias tóxicas por las partes que han quedado sanas del riñon, por el intestino y por la piel; lo segundo se consigue por medio de una higiene alimenticia especial.

1º Ciertos médicos se abstienen de administrar los diuréticos en los casos de inflamacion aguda por temor de agravar el estado congestivo del riñon; si este temor está justificado en los casos agudos, no así en los crónicos y en particular en las esclerosis del parenquima renal.

Debe entenderse que se trata aquí unicamente de los diuréticos cardiacos y no de los salinos, pues éstos producen siempre un efecto dañoso. Entre aquellos contamos: la digital, la esparteina, el estrofantus, la cafeina, el adonis ó adonidina, y en fin, la convalaria.

La digital es sin duda el más poderoso, sobre todo en forma de maceracion; pero como no siempre es bien soportado, Dujardin prefiere la esparteina y el estrofantus, separándose por lo que toca á este último medicamento, del Dr. Eloy, quien considera el estrofantus mas dañoso que útil en el tratamiento de la insuficiencia renal.

El estrofantus no se acumula y produce efectos satisfactorios administrado en tintura al quinto á la dósis de 5 gotas, mañana y tarde.

El sulfato de esparteina es tambien un buen medicamento y se administra á la dósis de 10 centígramos por dia, ya sea en jarabe, ya sea en píldoras.

La cafeina presenta la ventaja de poder ser administrada en inyecciones hipodérmicas. Hé aquí la fórmula de estas inyecciones:

Cafeina pura........	ââ	2 gramos.
Benzoato de sosa.....		
Agua hervida..........		6 „

Se inyecta el contenido de una ó dos jeringas de esta solucion en las veinticuatro horas.

En ciertas circunstancias se han obtenido ventajas de la tintura de Adonis vernalis.

La medicacion purgante goza un papel importante en el tratamiento de la insuficiencia renal. Se debe procurar obtener dos ó tres evacuaciones líquidas y abundantes por dia. Para llegar á este resultado se debe recurrir á toda la gama de purgantes, desde los más débiles hasta los más enérgicos, apropiándolos á la susceptibilidad intestinal de los enfermos.

Dujardin Beaumetz usa frecuentemente el siguiente polvo laxante:

Folículos de sen en polvo..	ââ	6 gram.
Azufre sublimado.........		
Polvo de anís estrellado...	ââ	3 „
Polvo de hinojo..........		
Crema de tártaro pulverizado.		2 „
Polvo de orozúz............		8 „
Polvo de azúcar...........		25 „

Mézclese.

Se da al enfermo en la mañana, entre nueve y diez, una cucharadita de este polvo en medio vaso de agua.

La piel es una vía de suplencia muy débil. Se han aconsejado los baños de vapor y la pilocarpina, pero esta medicacion fatiga mucho á los enfermos.

Para no hacer muy largo este resúmen, expondremos los alimentos que únicamente deben prescribirse para obedecer á la segunda indicacion que enunciamos, á saber: disminuir la cantidad de toxinas de la economía.

El enfermo se alimentará exclusivamente de huevos, feculentos, legumbres verdes y frutos.

A. Huevos muy cocidos.

B. Feculentos al estado de puré (de papas, de frijol, de lentejas, de pastas alimenticias, de macarrones, de panatela, caldo de trigo, de avena, de cebada, de maíz, etc.)

C. Legumbres verdes muy cocidas (puré de zanahoria, de nabo, de juliana, de chícharos, de espinacas, de apio en jugo, de alcachofa, de frijol verde).

D. Frutos en compota (zafo fresas y uvas).

El enfermo beberá leche en la comida, mas si no la soporta, se aconsejará vino blanco muy ligero mezclado con gran cantidad de aguas alcalinas. Se prohibirá el uso de los vinos muy alcohólicos, los licores y el aguardiente.

Quedan proscritas las carnes, los pescados, los moluscos y los crustáceos, porque estas sustancias producen ptomainas muy rápidamente.

El autor hace la reserva de que la carne de puerco, que generalmente se come fresca, salada ó ahumada, no produce ptomainas.

Para oponerse á la produccion de las ptomainas que resultan de una digestion incompleta, sobre todo en caso de dilatacion estomacal, el autor aconseja las siguientes fórmulas:

1º

Salicilato de bismuto..
Magnesia inglesa...... } áâ 10 gram.
Bicarbonato de sosa...

En 30 papeles.

2º

Salicilato de bismuto..
Naftol *a*............ } áâ 10 gram.
Magnesia............

En 30 papeles.

Uno en el almuerzo y uno en la comida.

En fin, en cuanto á las leucomainas producidas por el organismo, el autor aconseja evitar todo exceso de fatiga muscular ó intelectual.

TERAPÉUTICA.

NOTA SOBRE LA POSOLOGIA DE LA NUEZ VÓMICA Y DE LA ESTRICNINA.—De una manera general la posología de la nuez vómica está mal establecida y los prácticos la prescriben á dósis insuficientes. No queremos decir con esto que Trusseau obraba bien prescribiéndola á dósis tóxicas; pero cuando se administra un medicamento activo, es de regla mantenerse en la esfera de accion fisiológica, á riesgo de no producir ningun efecto terapéutico. Luton de Riens ha demostrado que la nuez vómica es el medicamento del alcoholismo á condicion de prescribirla á altas dósis. No teme recurrir á las inyecciones subcutáneas de sulfato de estricnina á la dósis de medio centígramo, y repetirlas dos ó tres veces por dia. En los accesos de *delirium tremens* prescribe dósis de 2 á 3 centígramos de estricnina por dia, ó 16 ó 20 centígramos de extracto de nuez vómica, y hasta 5 á 10 gramos de tintura. Así pues, está perfectamente demostrado que los alcohólicos soportan impunemente y con ventaja dósis elevadas de estricnina ó nuez vómica.

Pero en otras afecciones, la posología del medicamento debe ser rectificada.

En la dispepsia, Gubler aconsejaba, con razon, la nuez vómica á la dósis de 0,25 á 0,50 centígramos antes de cada comida. La recomendaba aun contra la constipacion de los anémicos ó de los cloróticos con el objeto de excitar la contractibilidad del estómago y del intestino.

Stoquart de Bruselas que insiste con razon sobre todos estos hechos, ha notado tambien que á la dósis de 5 á 10 centígramos tomados en dos veces (mañana y tarde) la tintura alcohólica de nuez vómica combate con ventaja la constipacion. La fórmula siguiente vence las constipaciones más rebeldes:

Extracto de nuez vómica....
Podofilino................ } áâ 0.30 cent.
Jabon medicinal............
Extracto de belladona......... 0.10 „

H. s. a. X píldoras, para tomar una ó dos en la tarde.

Para demostrar que las altas dósis de nuez vómica no son tan peligrosas como se cree, Stocquart refiere algunas observaciones cuyo resúmen va en seguida:

Un alcohólico.—Delirium tremens: 3 cent. de

sulfato de estricnina el primer dia, 4 el segundo, 5 el tercero: curacion.

Un dipéptico.—50 años, durante diez dias, 15 gramos de tintura de nuez vómica en tres veces en las veinticuatro horas: rigidez en los miembros durante los primeros dias. Curacion.

Una niña dispéptica, de 2 años, tomó por error 15 gramos de tintura de nuez vómica en una sola vez. Una hora despues, vértigos, paresia de los miembros inferiores; todos los síntomas duraron dos horas, no tuvo más accidentes.

Stocquart recomienda además el medicamento en la *leucorrea vaginal y uterina;* de 2 á 5 gramos de tintura alcohólica, producen efectos felices.[1]

En resúmen: es necesario emplear fuertes dósis de nuez vómica para producir efectos terapéuticos. No está demostrado que la eliminacion de esta sustancia comience muchos dias despues de la absorcion y que exija dos ó tres dias para ser completa. Al contrario, Leude y Rosenthal establecen, con razon, que puede haber habituacion á la estricnina, y afirman que por el uso se pueden absorber impunemente dósis bastante considerables. Sin embargo, es preciso tener en cuenta ciertas condiciones individuales.

Conforme á las experiencias de Delaunay (*Acad. de ciencias*) el estado de la nutricion tiene influencia sobre el envenenamiento por la estricnina. Esta sustancia obra más pronto sobre una rana débil y en movimiento, lo cual confirma la opinion de Marshall en 1853, en perros envenenados con la estricnina: los llevaba fácilmente al estado normal por el reposo y la ausencia de toda excitacion.

Stocquar ha notado á su vez que en las personas que hacen movimientos, los fenómenos estrícnicos aparecen más rápidamente que en otros, y que se muestran de preferencia en aquellos músculos cuyo funcionamiento es predominante.

El mismo autor hace notar que en el estado puerperal las mujeres presentan una susceptibilidad particular á la accion del medicamento: sucede otro tanto con los viejos, los cuales están predispuestos á los accidentes de parálisis sin contractura.—(*Revue de Clin. et de Therap*).

1 Las dósis de Stocquart nos parecen exageradas y creemos que debiera rectificarse este punto delicado de posología.—*(Nota del Trad).*

MORDEDURAS DE SERPIENTES VENENOSAS Y SUS ANTÍDOTOS.—No carecen de interes los experimentos hechos por el Dr. H. C. Yarrow encargado del departamento de reptiles en el Museo Nacional de Washington y dados á conocer en el *Forestam and Stream.*

Tienen por objeto estas experiencias averiguar si el permanganato de potasa es el antídoto absoluto de la serpiente *Bothrops* como lo confirma el Dr. J. B. Lacerda, Director del Laboratorio Fisiológico del Museo Nacional del Brasil, en su comunicacion á la Academia de Medicina de Paris, en 1881, y en su trabajo publicado en Rio Janeiro, en 1884.

A ocho experimentos ascienden los practicados por el Dr. Yarrow, preparando el veneno con una parte de él y ocho de glicerina para inyectarlo ya solo, ya en union del permanganato de potasa, en palomas, gallinas, ó conejos. En su primera experiencia trata de averiguar la cantidad de veneno necesario para producir la muerte y al efecto inyecta en el pecho de una paloma 3 got. de la citada solucion, el animal muere á los 50 minutos. En la segunda trata de comprobar la eficacia del antídoto, inyecta 5 got. de la disolucion en el pecho de una paloma, 2 minutos más tarde una de permanganato de potasa al uno por ciento, á los nueve minutos se notan movimientos convulsivos, otra inyeccion cargada con 17 got. de la disolucion del permanganato, espasmos opistotómicos y muere el animal á los 30 minutos de la primera inyeccion. En la tercera experiencia inyecta en el muslo de un conejo grande y fuerte cinco got. de la solucion venenosa y sin separar la cánula, otra de permanganato cargada con 25 got., á los 5 minutos respiracion frecuente, movimientos del corazon rápidos pero débiles, el animal no puede moverse, á los 15 minutos respiracion corta y frecuente, bebe un poco de agua, á los 25 minutos mucho edèma y equímosis: muere á las 48 horas. Cuarta experiencia, inyecta 3 got. del veneno, sin quitar la cánula, 10 got. de agua y en seguida otra de permanganato respiracion y circulacion frecuentes, á los 10 minutos edema y parálisis de las piernas hasta para los movimientos provocados. Muerte á las 48 horas. En la quinta se trata de detener la circulacion de vuelta, ligadura en la pata de una gallina, inyeccion de 3 got. de la solucion venenosa, agregándole 10 got.

de agua y en seguida 25 got. de la de permanganato, 10 minutos más tarde se quita la ligadura, á los 45 minutos se sostiene sobre la pata no herida, á las 24 horas descoloracion de la pata inyectada y absceso en vía de formacion, al tercer dia decoloracion y edema y al cuarto completamente restablecida. Sexta experiencia, mezcla de las disoluciones del veneno y el permanganato hechas fuera del animal, inyeccion en la pata de una gallina, á las 24 horas ligeras decoloraciones é inflamacion, un poco de elevacion de temperatura; á las 48 horas en completa salud. Sétima experiencia, ligadura en la pata de uua gallina, inyeccion de 10 got. del veneno, otra del permanganato 21%, se quita la ligadura, á las 22 horas solo se nota poca aptitud para el movimiento, mejorando hasta el tercer dia que se encuentra restablecida. En la octava y última, inyecta igualmente en la pata de una gallina 3 got. de la solucion venenosa y seguidamente 25 got. de la de permanganato al 5%, á los 4 minutos la pata levantada y temblando, respiracion rápida, se acuesta con sus plumas erizadas y el cuerpo oscilando; á las 24 horas mucha hinchazon y descoloracion de la pata. Muerte al siguiente dia. De lo cual deduce el citado profesor que cuando la mezcla del permanganato de potasa y el veneno se hace fuera del organismo obra como un atídoto eficaz, esterilizando el veneno; pero mezclándolos en los tejidos ó dentro del cuerpo del animal, carece de eficacia porque una parte siempre pasa al torrente circulatorio en el que no puede obrar el antídoto, todo esto en cuanto se refiere al veneno del *Crotalus Horridus*.—(*Crónica Médico-quírurgica*, de la Habana).

ESCHOCHOLTZIA CALIFÓRNICA.—El Dr. Ter-Zakariaut, que ha estudiado en el Hospital Cochin la accion fisiológica y terapéutica de este medicamento, concluye así: *El Eschocholtzia califórnica* es un medicamento soporífico precioso é inofensivo. Es un analgésico muy útil en ciertos casos, que no presenta los inconvenientes de la morfina y su administracion es muy fácil. El efecto del medicamento persiste bastante, largo tiempo despues de su empleo. En vista de la pequeña cantidad de morfina que contiene esta planta podria reemplazar ventajosamente á la morfina, sobre todo en los niños.

La dósis administrada es de 2,gr.50 á 10 gramos por dia y se puede dar en pocion, en jarabe ó en píldoras. Hé aquí las fórmulas:

Pocion alcohólica.

Extracto alcohólico de Eschocholtzia califórnica	2,gr.50 á 10 gram.
Rhum	30 „
Jarabe	30 „

Pocion acuosa.

Extracto acuoso de Eschocholtzia califórnica	3,gr.00 á 12 gram.
Infusion pectoral	100 „
Jarabe de goma	40 „

Jarabe.

Extracto acuoso de Eschocholtzia califórnica	250.00
Jarabe	2,000.00

PROPIEDADES ANTISÉPTICAS DEL AGUA CLOROFORMADA.—El Profesor Salkowski ha estudiado, conforme al método de Rosch, la accion del agua cloroformada, sobre los micro-organismos. Largo tiempo hacia que empleaba el cloroformo para prevenir la fermentacion de la orina que se proponia analizar cuando sus ocupaciones se lo permitian.

El cloroformo, en efecto, impide la fermentacion alcohólica, la descomposicion amoniacal de la urea, la conversion del ácido hipúrico en ácido benzoico y en glicol, la fermentacion láctica, la putrefaccion de los líquidos albuminosos, ó de los cuerpos albuminoides.

No ejerce accion alguna sobre los procesos determinados por los fermentos no figurados, como la ptialina, la pepsina, la pancreatina, etc.

El bacillus antracis se conserva indemne en el agua cloroformada, pero en cambio, la accion que ejerce sobre el bacillus-vírgula es tan enérgica, que una cultura fresca de cólera mezclada con un volúmen igual de agua cloroformada, queda esterilizada al cabo de un minuto.

Estas propiedades del cloroformo pueden ser muy útiles en los laboratorios para conservar soluciones de urea, diversas soluciones acuosas de fermentos; para la conservacion de alcaloides y de las preparaciones eupépticas.

En resúmen, el agua cloroformada puede ser útil: 1º Para la preparacion y conservacion de las soluciones para inyeccion hipodérmica. 2º Para el uso al interior en las afecciones de los

órganos digestivos ligados á la presencia de micro-organismos, como en el cólera.—(*Bull. Gen. de Therap*).

REVISTA DE NUEVOS MEDICAMENTOS.—*Trefusia.*—Luigi d'Emilio ha preparado la sangre de toro condensada, á la que ha dado el nombre de *trefusia*. La ventaja obtenida en esta preparacion es que es un producto soluble, cualidad que no presentaban las preparaciones anteriores á esta. Dósis cuotidiana: 0,gr.5 á 1 gr., ó 1 á 3 gr., segun la edad.

Benzanilida.—Por la accion del cloruro de benzoila sobre la anilina, se obtiene un producto cuya composicion es análoga á la de la acetanilida (antifebrina). Recientemente, Kahn ha demostrado en la Clínica de enfermedades de niños de Estrasburgo, que este cuerpo es un poderoso antitérmico: basta una dósis de 0gr,20 cent. para abatir durante una hora la temperatura algunos grados.

A la larga el organismo se habitúa, y en este caso es indispensable recurrir á dósis más considerables. La benzanilida es bien soportada por los enfermos y no provoca los fenómenos secundarios de la acetanilida.

Guafin.—Resina que se extrae del *Peral de Indias* (Psidium Pyriferum) á la que se han reconocido propiedades anti-periódicas que en ocasiones superan á los de la quinina.

Phortibus triloba.—Empleado como purgante que parece tener como principio activo la convolvulina.

Tribromuro de alila.—Propuesto por Kohlbaum, de Berlin, quien lo recomienda mucho para la tos ferina. Se administra al interior bajo la forma de cápsulas que contienen próximamente cinco gotas cada una.

Nuez de coco.—El Profesor Pariso, de Atenas, durante su permanencia en Abisinia, descubrió casualmente las propiedades tenífugas de la nuez de coco. El éxito es completo.

Mentol y safrol como antinevrálgicos.—El mentol y el safrol administrados al interior producen efectos calmantes muy notables. 0,gr.30 á 0,gr.60 en agua caliente alivian la jaqueca y los dolores nevrálgicos. 20 á 30 gotas de safrol obran eficazmente en el reumatismo agudo ó sub-agudo.

Agua cloroformada como hemostático.—Ulbrich recomienda el agua cloroformada ($\frac{1}{00}$) como hemostático eficaz cuando sangran las encías después de la extracción de un diente. El agua cloroformada es un antiséptico poderoso en las enfermedades parasitarias y dolorosas de la boca. Se le ha empleado tambien en el tratamiento de las cardialgías intensas de los neurosténicos:

Agua cloroformada.........	100 partes.
Agua de azahar.......... }	ââ 50 „
Agua de menta........... }	

Una cucharada 3 veces al dia.—(*Medic. News*).

Oxoiato de cerium.—El Dr. Cheerman recomienda esta sal para combatir la tos de los tuberculosos. Se han obtenido buenos resultados en la bronquitis crónica, el asma espasmódico, la tos ferina y el sarampion. La dósis es de 0,gr.30 á 0,gr.60, pudiendo llegar hasta 1 gramo.—*(The pham. Journ.)*

Reglas para la dosificacion de los alimentos.—*The British Medical Journal* da las siguientes reglas para la dosificacion de los medicamentos en los niños y los ancianos.

Siendo la dósis para un adulto igual á 21 partes, débese dar á un niño tantas partes cuantos años tenga. En la edad de un año recibirá una parte; en la de seis, 6 partes, etc.

La dósis para un adulto quedando representada por $^{60}/_{60}$, en una edad superior, la dósis será una fraccion cuyo numerador es 60 y cuyo denominador iguala á la edad del enfermo. De tal suerte que un viejo de 65 años recibirá al $^{60}/_{65}$ parte de un adulto, á la edad de 70: $^{60}/_{70}$ ó $^{6}/_{7}$, á la de 80: $^{60}/_{80}$ ó $\frac{3}{4}$, etc.

Es preciso no olvidar que en los niños se deben prescribir dósis menos considerables de calmantes y más enérgicas de purgantes, que lo que arrojan las reglas citadas.

El salol en el catarro de la vejiga.—(Bull. Medical).—En un caso de cistitis por retencion de orina en un hombre de 80 años, Arnold ha usado con buen éxito el salol á la dósis de 3 gramos. El olor amoniacal de la orina desaparece; el líquido, que es turbio, se hace límpido bajo la influencia de tal medicacion.

Relaciones entre la masturbacion y los estrechamientos uretrales, por el Dr. Samuel Gross (de Filadelfia).—En 1877 el autor ha publicado ya un trabajo sobre este asunto: desde esa época ha podido recoger algunos datos estadísticos sobre la frecuencia de los estrechamientos de la uretra en los masturbadores.

Sobre 331 individuos masturbadores, 291

(88 por 100) estaban afectados de estrechamientos uretral. Estos 331 no habian tenido ni blenorragia ni herida del perineo. Por regla general, el estrechamiento era único y situado á poca distancia del meato.

Weir (de Nueva York) en sus investigaciones hechas en 1879, ha encontrado que los estrechamientos eran bastante frecuentes en personas que no han estado afectadas de enfermedad venerea; los ha encontrado aun en los recien nacidos. Las ideas de Samuel Gross, no deben, pues, ser admitidas, porque estos estrechamientos pueden encontrarse en uretras de desarrollo normal.

INCOMPATIBILIDAD DEL IODOFORMO Y DEL CALOMEL. *(Drescher).*—Beudiner habia comprobado ya que una mezcla de iodoformo y de calomel sufre una transformacion química. El autor, estudiando el mismo asunto, ha hecho las observaciones siguientes:

Mientras que una mezcla de partes iguales de iodoformo y de calomel, colocada en un vaso de porcelana, no sufre ninguna modificacion, la misma mezcla, puesta en un vaso de vidrio cerrado y expuesto á la luz directa del sol, presenta, despues de una hora de contacto, signos evidentes de alteracion. Despues de cinco horas, se notan todos los grados de coloracion del blanco al amarillo, puntos verdosos y grises, coloracion del ioduro de mercurio, y partículas brillantes de color rojo naranjado, en la capa superior (biioduro de mercurio). La mezcla contenida en un vaso opaco, y expuesta á la luz difusa, no deja percibir los primeros indicios de descomposicion sino despues de dos semanas. Sometida á la accion de un ligero calor en un tubo de ensaye, la mezcla manifiesta claramente el olor del cloroformo, y se comprueba un depósito por sublimacion en la parte inferior del tubo. Esta transformacion se expresa por la formula:

$$2CHI^3 + 3Hg^2Cl = 2CHCl^3 + 3Hg^2I^2$$

Si el cloroformo y el calomel están mezclados en las proporciones correspondientes á la ecuacion anterior y se les calienta en un tubo de ensaye, se percibe netamente el olor del cloroformo, y el ioduro de mercurio cambia su color característico verde amarillento por una coloracion amarilla, despues amarilla rojiza, signo evidente de la transformacion en biioduro. —*(Giorn. farmac. Trentino).*

FORMULARIO.

TRATAMIENTO DE LA BLENORRAGIA, *por Dupouy.*

Dar en la blenorragia aguda una cucharadita de la mixtura siguiente en un vaso de agua, despues de cada comida:

Extracto fluido de Kava..... 20.00
Glicerina neutra............ 64,00

Cada cuatro horas una inyeccion de sub-acetato de plomo, muy diluida; y todos los dias un ligero purgante. Con este tratamiento se puede yugular la uretritis en ocho, cinco y aun tres dias.

SUPOSITORIO CONTRA LA CISTITIS. *(Reliquet).*

Iodoformo .... 0,10 cent.
Extracto de beleño...... 0,07 „
Manteca de cacao........ 3,00 „

H. s. a. un supositorio que se introduce profundamente en el recto, en los casos de cistitis.

A mañana y tarde una abundante lavativa de agua tibia.

Si existe secrecion uretral, tomar á mañana y tarde una píldora de 10 centígramos de terpina.

NOTICIAS VARIAS.

Fé de erratas.

En nuestro número anterior (22, pág. 343, renglon 4.º, dice: "20 pill. cada dia;" debe decir: *20 pill., una cada dia.* Pág. 342, renglon 31.º, dice: "bronquitis interna;" debe decir: *bronquitis intensa.*

La Quinta de Salud del Sr. Dr. Adrian de Garay.

El pensamiento de plantear en nuestra Capital un establecimiento de esta clase, merece todo género de alabanzas, toda vez que llena un vacío y una necesidad. Lo primero, porque en México, en donde la poblacion ha aumentado de una manera tan rápida, no habia un asilo para aquellos que agobiados por la enfermedad y privados de familia, necesitasen de los cuidados que solo el cariño ó la ciencia pueden dar. Lo segundo, porque cualquiera que conozca nuestros hospitales, no dejará de comprender que si la asistencia médica que allí se suministra, es en lo general buena por lo que toca al personal, no así por la alimentacion é higiene,

que adolecen de tantos defectos, que su enumeracion ocuparia un verdadero *in folio.*

Por lo que respecta al modo de llevar á cabo pensamiento tan benéfico para el público doliente, cábenos la satisfaccion de decir que el Sr. Dr. Adrian de Garay ha sabido reunir en su *Quinta de Salud* cuantos elementos pueden hacer provechosa y agradable la permanencia de un enfermo. El informe que el Sr. Dr. Luis E. Ruiz ha emitido sobre la situacion y orientacion, sistemas de ventilacion y demás condiciones higiénicas de la Quinta, no puede ser más satisfactorio. El irreprochable aseo de cuantos muebles y útiles forman parte de la sala de operaciones y habitaciones de los enfermos, garantizan abundantemente el buen éxito de las operaciones que allí se ejecuten.

Nada tendremos que agregar si mencionamos que el servicio está á cargo de hombres como los Liceaga, Fuertes, Chacon y otros que por sus hechos son reconocidos como eminencias médicas en la capital de la República.

LA HEMOGLOBINA

EN EL

TRATAMIENTO DE LA CLOROSIS Y LA ANEMIA.

El procedimiento que á primera vista parece más sencillo para utilizar la hemoglobina en el tratamieuto de la clorosis y de la anemia, es la administracion de la sangre fresca tomada *in natura.* Este método, esencialmente sencillo, es conocido desde hace largo tiempo y muchas personas lo practican con objetos terapéuticos.

Es evidente que la sangre es el mejor de los ferruginosos, puesto que encierra una sal orgánica natural de fierro: *la hemoglobina.*

Pero si la sangre encierra hemoglobina, contiene tambien materias grasas y éteres que le dan un olor nauseoso y un sabor desagradable. Además, la sangre in natura es de difícil digestion.

La sangre pura es, pues, un mal medicamento, á pesar de las propiedades notoriamente ventajosas de su materia colorante.

El Sr. Deschiens ha podido aislar y conservar la hemoglobina químicamente pura. Queda por determinar en qué condiciones de administracion y posología es posible utilizar la hemoglobina para hacerla de un uso práctico.

Segun las indicaciones de Bouchardat, las dósis corrientes aceptadas para el uso de los ferruginosos, son las siguientes:

	Centígramos.	Valores correspondientes al fierro, en centígramos.
Fierro reducido....	5 á 30....	....
Citrato de fierro....	5 á 50....	1,25 á 12,50
Tartrato férrico potácico..........	25 á 50....	6 á 12
Proto-cloruro de fierro	5 á 15....	2,50 á 6,50

La dósis média de *fierro útil* introducido en el organismo, es solo de 0,08 centíg.

Estos 8 centígramos se encuentran en una dósis de 18 á 20 gramos de hemoglobina.

Fundándose sobre estas experiencias y sobre los hechos que hemos mencionado, Deschiens ha preparado:

1º Un *jarabe* que contiene dos gramos cincuenta centígramos de hemoglobina por cucharada, correspondiendo á un centígr. de fierro.

2º Un vino que contiene tres gramos de hemoglobina por copa, correspondiendo á un centígramo y cuarto.

3º Grajeas dositicadas á razon de 25 centígramos de hemoglobina, sea un milígramo de fierro.

Estos productos, particularmente el jarabe, han sido experimentados en el Hospital Cochin, Lariboisière Lourcine, la Charité, y otros en los que se han obtenido resultados verdaderamente favorables.

En casos, bien claros, de cloro-anemia, la numeracion de los glóbulos acusaba una progresion semanaria de 4 á 500,000 hemacias (por milímetro cúbico). Para evitar falsificaciones:

Es importante poder verificar el tenor en principio activo de las diversas preparaciones enumeradas. El mejor procedimiento consiste en emplear el hemocromómetro de Malassez, con el cual el Jarabe de Deschiens acusa 14 por 100 de hemoglobina.

Para reemplazar el ensaye con el hemocromómetro de Malassez, se podrá utilizar el procedimiento siguiente: Tómense dos vasos que contengan iguales cantidades de agua; en el primero viértase una cucharadita del jarabe que se examina; en el segundo, una cucharadita de jarabe de Deschiens, y será fácil ver que en este último vaso la coloracion es más fuerte que en el primero, que apenas se tiñe de rojo.

Las tres preparaciones de Deschiens se encuentran

De venta en la Droguería de la Profesa

DE J. LABADIE, Sucs. y Cª

MEXICO

5—PROFESA—5

TIP. DE DUBLAN Y COMP.

VOL. I. México, Febrero 15 de 1889. NUM. 24

REVISTA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO BIMENSUAL DIRIGIDO POR EL DR. JOSE RAMOS.

COLABORACION:
Dres. R. Lavista, M. Carmona y Valle, E. Liceaga, J. M. Rodriguez, R. Fuertes, M. Alvarado, D. Mejía, J. M. Bandera, M. Dominguez, M. Gutierrez, San Juan, F. de P. Chacón, M. Cordero, F. López, F. Ortega y Fonseca, F. Hurtado, N. Vargas, J. Martinez del Campo, C. Tejeda Guzman, J. Villagrán.

DIRECCION Y REDACCION:
REFUGIO NUM. 15, ENTRESUELO,
DESPACHO DE LOS SRES.
E. DUBLAN Y COMP.
Administrador y propietario: Dr. Manuel Barreiro.
Apartado en el Correo núm. 619.

PRECIOS DE SUSCRICION:
EN LA CAPITAL
Por un mes......................$ 0 50
Por seis meses.................. 2 50
EN LOS ESTADOS
Por un mes......................$ 0 62
Por seis meses.................. 3 00

PRENSA EXTRANJERA QUE RECIBIMOS PARA LA FORMACION DE LA REVISTA:

"Gaceta Médica de Paris."—"Gaceta de los hospitales civiles y militares de Paris."—"Periódico de las Sociedades Científicas."—"Revista Científica."—"La Naturaleza."—"Gaceta Hebdomadaria."—"Revista de Medicina," de Bouchard, Charcot y Chauvau.—"Anales de las enfermedades de los órganos genito-urinarios."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Lúcas Championière.—"Periódico de Medicina de Paris," de Lutaud.—"Boletin de la Academia de Medicina."—"Periódico de Medicina y Cirujía," de Bruselas.—"El Electricista."—"El Tiempo Médico," de Filadelfia.—"El Registro Médico."—"El Mundo Médico."—"Anales de Ginecología," de Boston.—"La Lanceta," de Lóndres.

SECCION EDITORIAL.

ANOMALIAS DE LA REFRACCION.

Por el Dr. Manuel M. Carmona y Valle.
(Concluye).

§ 4.º *Myosis.*—Se da el nombre de *myosis* á aquel estado del ojo en que la pupila está espasmódicamente contraida. Se ha dicho comunmente, que es producido por la accion de ciertas sustancias, ó espontáneamente por la contraccion espasmódica ó calambre del músculo ciliar.

Yo no sé hasta qué punto sea cierta esta division, porque si bien conozco sustancias que tienen la propiedad de contraer la pupila, y si bien hay ciertos estados morbosos que la determinen, como sucede con algunas afecciones cerebrales, ó algunas inflamaciones de las membranas del ojo, puedo asegurar que en más de doscientas observaciones recogidas en un año, no he visto un solo caso de myosis idiopática, y tambien puedo afirmar no haberlo observado en toda mi práctica.

Sea de esto lo que fuere, el hecho es que hay ciertas sustancias capaces de producir la myosis, y bajo este punto de vista necesitamos conocerla.

Se ha dicho que la haba de Calabar tiene la propiedad no solo de contraer la pupila, sino de determinar la contraccion del músculo ciliar; se ha dicho tambien que, en consecuencia, hacia cambiar la distancia del punto próximo y el punto remoto. Pero por repetidas experiencias que he hecho en mí mismo, puedo asegurar que en toda la extension de la palabra no se puede decir que la haba de Calabar sea antagonista de la atropina; porque cierto es que la atropina dilata la pupila y paraliza la acomodacion; pero no es cierto que la haba de Calabar tenga las propiedades opuestas, pues como he dicho, contrae la pupila pero no da más energía á la acomodacion.

Hay quizá algunas causas que pueden haber hecho creer en el cambio de la distancia del punto próximo y el punto remoto; pero estudiando bien el fenómeno, resulta lo contrario. Para hacer comprender mi pensamiento, entraré en algunos pormenores. Me he instilado una solucion de extracto de haba de Calabar en alta dósis, hasta el punto de producir una sensacion de constriccion dolorosa en el ojo, semejante al de la hemicrania, y una inyeccion perikerática profunda; la pupila estaba tan estrechada, que apenas era un punto, y sin embargo, la distancia de mi punto remoto quedaba al infinito, supuesto que con el ojo de la pupila contraida, leia á la misma distancia que con el ojo sano; y que podia percibir las asta-banderas á la distancia de más de 2,000 varas; pero si se quiere otra prueba más convincente, diré que leia á la distancia de 15 piés el número 15 de la escala de Giraud-Teulón. Sí diré que pa-

ra conseguir este objeto, necesitaba experimentar á medio dia ó con una luz intensa, porque el estrechamiento de la pupila era tal, que limitaba mucho la entrada de los rayos luminosos. Esta oscuridad relativa puede haber sido una causa de error, atribuyendo á la distancia lo que no era debido sino á la diminucion de la entrada de la luz.

Una vez estrechada la pupila se puede leer mucho más cerca que con el ojo sano, y esto puede ser una nueva causa de error, creyendo en la aproximacion del punto próximo; pero para que esto fuera así, seria necesario que el punto remoto se acercara á la vez que el próximo, y esto no sucede, como lo he demostrado antes; luego tampoco es cierto que se aproxima el punto próximo. Pero se me argumentará diciendo qae nada valen las razones contra los hechos, y que en el caso presente leemos á distancia más corta con un ojo cuya pupila está contraida, que con el que se halla en estado fisiológico, y por lo mismo, que el punto próximo está más cercano que en el otro.

Yo no niego el hecho, pero sí la explicacion: ciertamente el punto próximo se ha acercado; mas no lo ha hecho por el aumento de energía del músculo ciliar, sino por la circunstancia de estar muy estrechada la pupila, lo cual produce el mismo efecto que se nota en un ojo fisiológico cuando ve á través de un agujero muy pequeño hecho en una tarjeta; es decir, cuando se neutraliza la acomodacion y se pone al ojo en las circunstancias de una cámara oscura simple: por eso sucede que si se pone delante del ojo un agujero pequeño hecho en un carton, un miope y un hipermétrope ven á la misma distancia.

Para mayor claridad, reasumamos lo dicho, de la manera siguiente: un ojo cuya pupila está contraida, ve objetos pequeños á menor distancia que un ojo sano. Este es el hecho. Pero tal fenómeno, que pudiera atribuirse á un aumento de convexidad del cristalino, tiene una explicacion muy natural en el mismo estrechamiento de la pupila, que pone al ojo en las mismas circunstancias en que se encuentra otro en el estado fisiológico, el cual ve á través de una abertura muy pequeña. A esta explicacion no se puede hacer ninguna objecion séria, mientras que á la que supone un cristalino más convexo, habria que oponerle la existencia de una miopía más ó menos marcada. Esta no existe como se ha demostrado antes; luego la hipótesis carece de fundamento.

Si estas razones no fueren suficientes, puedo exponer otras más satisfactorias. Desde muy jóven ha estado á mi arbitrio ver confusamente los objetos que antes miraba con claridad. Despues he podido notar que esta propiedad solo existia para los objetos colocados á cierta distancia, pero no para los que se hallaban á la de tres ó cuatro pulgadas por ejemplo. Comprendí que tenia la facultad de determinar en mi ojo una miopía espontánea, y últimamente por medio de la coleccion de vidrios, llegué á determinar, que mi miopía artificial podia llegar hasta el número 10, es decir, que voluntariamente podia traer mi punto remoto desde el infinito hasta 10 pulgadas de mi ojo.

Este fenómeno, que yo sentia muy bien, necesitaba para ser creido, hacerlo ver á los demás, y para conseguirlo supliqué á mi buen amigo el Sr. Brassetti examinase con atencion mi ojo en el momento de hacer el esfuerzo que me producia la miopía. Este señor me aseguró que en ese instante habia una especie de hundimiento en el ángulo interno de mi ojo. Esta sola observacion no explicaba suficientemente el fenómeno, porque podria ser atribuido á una accion enérgica de los músculos rectos, que segun una de las teorías de la acomodacion, alargaria el diámetro antero-posterior del ojo, determinando así la miopía.

Para aclarar este punto me instilé atropina, con el objeto de paralizar la acomodacion y destruir así la accion del músculo ciliar, conservando toda la de los músculos rectos. Hecho esto, y mi punto próximo al infinito, habria yo podido voluntariamente acercarlo, si la acomodacion dependiese del alargamiento del ojo por la accion de los músculos rectos. Mas otro fué el resultado, pues bajo la influencia de la atropina, mi ojo se encontraba en la imposibilidad de hacer el esfuerzo necesario, y mi punto de vista quedaba al infinito. De aquí deduje que el esfuerzo voluntario no dependia de la accion de los músculos rectos, sino de la del ciliar.

Pero no me bastaba tener este convencimiento, y por lo mismo ocurrí nuevamente al mismo Sr. Brassetti cuando mis ojos se hallaban ya en estado fisiológico, para que examinase si la imágen de la vela reflejada por la cara anterior

del cristalino conservaba la misma posicion, ó variaba de alguna manera cuando mi ojo hacia el esfuerzo que produce la miopía. Despues de un exámen minucioso, me aseguró que esta imágen se acercaba y cambiaba de posicion respecto de la de la córnea, y estas experiencias las repetimos hasta que el Sr. Brassetti me decia el momento en que empezaba y concluia el esfuerzo, sin que yo se lo indicase.

Este resultado demuestra, que tanto mi esfuerzo voluntario como la acomodacion, pasan en el músculo ciliar, y no, como creen algunos, en los músculos rectos. Esta discusion, que quizá importe más para averiguar la causa de la acomodacion, es tambien muy interesante para el objeto de que tratamos, es decir, para demostrar que en la myosis producida por la haba del Calabar, hay contraccion de la pupila, sin que haya contraccion del músculo ciliar; pues que cuando más intensa era la accion de esta sustancia sobre mi ojo, conservaba éste la misma facultad que el sano para producir la confusion de los objetos cercanos, y tanto en uno como en otro quedaba neutralizada esta facultad por la accion de una lente bicóncava del número 10. De aquí se deduce, que tenia igual energía el músculo ciliar en los dos ojos, y por consiguiente, que no estaba espasmódicamente contraido el del que se hallaba bajo la influencia de la haba del Calabar.

§ 5 º *Astigmatismo.*—Young fué el primero que notó que su ojo no veia con claridad á la misma distancia las líneas horizontales y las verticales, y molestándole bastante la alteracion de su vista, buscó con empeño la causa, y creyó que este fenómeno dependia de la oblicuidad del cristalino con respecto al eje óptico; calculando que esta oblicuidad en él, era de 30°. Posteriormente, los eminentes trabajos de M. Helmholtz vinieron á demostrar, que si bien es cierto que el cristalino rara vez es perpendicular al eje óptico, su oblicuidad nunca pasa de 5°. Esta demostracion vino á echar por tierra la teoría de Young; pero no por esto dejaba de existir el fenómeno. Posteriormente, Senff primero, y M. Knapp despues, probaron que, en el mayor número de casos, el meridiano vertical de la córnea es más convexo que el horizontal, aunque á veces suceda lo contrario. En resúmen, está ya demostrado que es muy raro el ojo que tenga todos sus meridianos igualmente curvos, y que lo comun es que estas curvaturas varíen, como lo veremos despues; siendo de notar que los meridianos que tienen el máximum y el mínimum están colocados siempre perpendicularmente entre sí.

Cuando este fenómeno no pasa de ciertos límites, la vista no sufre ninguna alteracion; pero más allá de ellos hay una amblyopía particular, que describiremos despues.

Un gran número de observaciones demuestran que, por lo comun, el meridiano vertical del ojo es más convexo que el horizontal, y que en esas circunstancias las líneas horizontales se ven más cerca que las verticales. Procuraré hacer comprender la razon de este fenómeno, pues en él está basada la teoría del astigmatismo.

Figurémonos una lente formada del segmento de una esfera, y que por consiguiente tiene todos sus meridianos igualmente convexos. Figurémonos, además, un punto luminoso colocado á cierta distancia en la direccion del eje principal de esta lente. Este punto le enviará un hacecillo de luz que tendrá una figura perfectamente cónica, puesto que caminando por un medio homogéneo, no hay razon para que la divergencia de los rayos sea mayor hácia arriba que hácia abajo, más á un lado que á otro. En resúmen: este hacecillo tomado aisladamente, tendrá al llegar á la lente una seccion perfectamente circular, pues que no hay razon para que los rayos superiores disten más del centro que los inferiores, ni éstos que los transversales ú otros. Pasando á través de la lente y verificándose la refraccion, todos los rayos sufrirán la misma desviacion y se acercarán igualmente á la normal, no habiendo razon para que el fenómeno se verifique de otra manera. De aquí resulta, que el hacecillo refractario tendrá una seccion perpendicular á su eje perfectamente circular, y supuesto que entonces van los rayos convergiendo, aquella irá siendo tanto más pequeña cuanto más se aleje de la lente, hasta que llegando á la distancia focal, los rayos se crucen todos en el mismo lugar, dando una imágen semejante á aquella de donde partieron.

No sucede lo mismo cuando en lugar de una lente formada por un segmento de esfera, se experimenta en una tomada de un elipsoides de tres ejes, como es en realidad la córnea en el

mayor número de casos, es decir, una superficie convexa que tiene un meridiano mayor y otro menor, ó para ponernos en el caso que comunmente se observa, cuya convexidad es mayor de arriba abajo que si se mide lateralmente.

En este caso, el fenómeno debe verificarse de la manera siguiente, considerando siempre el punto luminoso colocado á cierta distancia de la lente y en la direccion de su eje. El hacecillo de rayos luminosos tendrá, como en el caso anterior, la forma cónica, y su seccion vertical será circular hasta que llegue á la superficie de la lente; pero al pasar al través de ésta, habrá necesariamente una refraccion mayor en los rayos que se dirigen arriba y abajo, que en los que caen transversalmente, supuesto que los primeros atraviesan una superficie más convexa que los segundos. Cuanto más exagerada sea la convexidad de la lente, mayor será la refrangibilidad. Aproximándose más á la normal los rayos que caen hácia arriba y hácia abajo, que los que caen transversalmente, la seccion del hacecillo refractado tiene sin duda que perder su forma circular y ser más estrecha en el sentido vertical que en el transverso, supuesto que los rayos luminosos se acercan más al centro en el primer sentido que en el segundo. Sigamos con la imaginacion la marcha de estos rayos, y fácilmente notaremos que deben cruzarse primero los rayos superiores con los inferiores que los transversos entre sí; y que cuando los primeros se crucen, los segundos distarán todavía más ó menos. De aquí resulta que en esta situacion, primero se formará el foco de los rayos refractados verticalmente, que el de los horizontales: la imágen, por lo mismo, no será un punto, sino una línea horizontal.

Sigamos la marcha de los rayos luminosos, y notaremos que los transversales se siguen aproximando todavía; mientras que los verticales divergen ya despues de su entrecruzamiento; y siguiendo adelante, llegaremos á un punto en que tanto los rayos que divergen de nuevo como los que se siguen aproximando, disten igualmente del eje del hacecillo, en donde la seccion será perfectamente circular; pero si aun vamos más allá, notaremos que siguiendo los rayos transversales convergiendo y los verticales divergiendo, llegaremos á un punto en que por fin se entrecrucen los primeros. En este lugar tendremos, no la figura del punto luminoso, sino la de una línea vertical.

En resúmen: una lente tal como la que acabamos de suponer, no tiene nunca un foco único; es decir, en ningun punto se reunen todos los rayos luminosos que la atraviesan; sino que primero se encuentran los que caen en la direccion de su meridiano más convexo, formando una línea luminosa que sigue la direccion perpendicular á la de dicho meridiano. Despues, hay un punto en donde todos distan igualmente del centro del hacecillo, y viene, por último, el foco de los rayos que se refractan en el meridiano menos convexo, formando á su vez una línea luminosa que tiene la direccion vertical á la del referido meridiano. En último análisis: una lente de esta forma no puede tener un punto focal, sino un espacio focal: tanto mayor, cuanta más grande sea la diferencia de convexidad que hay entre sus meridianos.

A la distancia que hay entre una y otra línea focal, Sturm ha llamado distancia ó intervalo-focal; y á las dos líneas que la limitan, líneas focales.

Véamos ahora cuáles son las deducciones de esta doctrina, bajo el punto de vista de la amblyopía. Para que una línea sea vista con perfeccion, se necesita, como para cualquiera otro objeto, que su imágen se pinte perfectamente en la retina. Asentado este principio, supongamos un ojo astigmático en el que el meridiano vertical sea más convexo que el horizontal, y que se acomode con el objeto de ver una línea horizontal. Esta línea enviará rayos luminosos en todos sentidos: unos que, partiendo de la línea misma, se dirigen hácia arriba y abajo, y que serán tanto más numerosos, cuanto más extensa sea aquella; éstos caerán arriba y abajo de la córnea y se refractarán por consiguiente en su meridiano vertical, para reunirse en foco, el de arriba con el inferior y viceversa. Los rayos luminosos que partan en sentido horizontal, es decir, en el de la longitud de la línea, se refractarán en el meridiano horizontal, para reunirse entre sí en la misma direccion.

Por otra parte, fácil es comprender que para ver una línea con precision, se necesita, ante todo, que los rayos luminosos que van á marcar, por decirlo así, su extension lateral, ven-

gan á formar foco exactamente sobre la retina; porque de otra manera, veriamos la línea más ó menos ancha y sus límites laterales confusos, lo que naturalmente perjudica á su exacta percepcion. No sucede lo mismo con los rayos que parten en el sentido de su longitud; porque aunque éstos no se reunan exactamente en foco, las imágenes de difusion se sobrepondrán sin perjudicar á la perfeccion de la vision. Aplicando este principio al caso que hemos supuesto antes, podemos decir: que para que una línea horizontal sea vista con perfeccion, se necesita que los rayos que van á marcar sus límites laterales, es decir, los que se refractan en el sentido del meridiano vertical de la córnea, vengan á formar foco exactamente sobre la retina; y poco importa que los que parten en el sentido de la longitud, que son los que se refractan en el meridiano horizontal, no lo formen exactamente sobre la membrana sensible.

Como se puede hacer el mismo raciocinio respecto de las líneas verticales, resulta necesariamente que las líneas horizontales que son las que se ven distintamente con el meridiano vertical, estarán en foco antes que las verticales, que se ven distintamente con el meridiano horizontal.

Ahora bien; como todo cuerpo sólido se compone de dimensiones horizontales y verticales, un ojo astigmático no lo podrá percibir con claridad, puesto que si se acomoda para las dimensiones horizontales, hallará confusion en las verticales y viceversa; y las imágenes serán tanto más confusas, cuanto que están formadas exclusivamente de la reunion de líneas en diversas direcciones. Por eso los astigmáticos ven con menos claridad los números que las letras, y de éstas, mejor las manuscritas que las impresas.

Fácil es demostrar tambien que la amblyopía ó confusion de las imágenes será tanto más marcada, cuanto más exagerado sea el astigmatismo, ó lo que es lo mismo, cuanto más grande sea la diferencia de curvatura.

De lo dicho anteriormente se deduce con bastante naturalidad, que el intervalo focal de Sturm será tanto más grande, cuanta mayor sea la diferencia de curvatura de los meridianos principales, porque mientras más notable sea esta diferencia, más pronto se reunirán los rayos que corresponden al meridiano que tiene mayor convexidad y que forman la línea focal anterior, y más tarde los que corresponden al meridiano menos convexo, y que forman la línea focal posterior. Ahora bien, mientras mayor sea el intervalo focal, más grande será el círculo de difusion que, como hemos dicho antes, existe entre las dos líneas focales; y mientras más grande sea este círculo, mayor será la separacion de los rayos luminosos y la difusion de la imágen.

Despues de haber dado una idea de la causa que produce el astigmatismo, y no pudiendo entrar en más detalles por no separarme de mi objeto, básteme decir que el astigmatismo depende á veces de la córnea solamente, á veces del cristalino solo, y en otros casos de una y otro á la vez. Antes de terminar este punto, debo indicar que el astigmatismo puede ser simple, compuesto ó mixto: simple, cuando uno de los meridianos sea emétrope y el otro miope ó hipermétrope; compuesto, cuando los dos meridianos sean miopes ó hipermétropes, aunque en grados diferentes. Por último, mixto, cuando uno de los meridianos sea miope y el otro hipermétrope.

§ 6 º —Se ha dado el nombre de *afaquia* á la ausencia del cristalino, sea que este órgano se haya absorbido, abatido ó extraido. Fácil es comprender que la afaquia produce una hipermetropía exagerada, y que ésta variará de intensidad segun que el ojo haya sido primitivamente miope, emétrope ó hipermétrope.

REVISTA EXTRANJERA.

PATOLOGÍA INTERNA.

UN NUEVO SIGNO DE LA PERICARDITIS.—No es un fenómeno podrómico el que vamos á describir sino un síntoma de la peritonitis confirmada.

Se examina poco á los enfermos atacados de pericarditis por la parte posterior del tronco; sin embargo, se encuentra, percutiendo en la posicion sentado, una zona de matitez timpánica [1] bajo el ángulo inferior del omóplato izquierdo. El sonido continúa siendo oscuro sobre un lado en donde se encuentra la matitez

1 Para los autores alemanes, la palabra *timpánico* no significa *sonoridad*, sino una cierta tonalidad del sonido.

del bazo; en la axila del mismo lado el sonido es francamente pulmonar.

En medio de esta zona de submatitez existe una zona de matitez absoluta que está limitada hácia dentro por la columna vertebral y hácia arriba por una línea que pasa dos dedos abajo del ángulo del omóplato y hácia abajo por una línea situada dos dedos arriba del pulmon. Auscultando estos límites se percibe una respiracion brónquica manifiesta y aun broncofonia. Además, las vibraciones percibidas por la mano se encuentran reforzadas. La explicacion de este fenómeno puede presumirse. Fácil es comprender que el derrame detenido hácia la parte anterior, comprima, por su volúmen, la zona del parenquima pulmonar colocado hácia su parte posterior; de ahí la compresion de los bronquios y la ausencia más ó menos grande del aire en los alveolos.

La demostracion de estos diferentes signos en el curso de una pericarditis ó cuando se sospecha la existencia de esta afeccion, sirve para afirmar la conviccion.

Es el punto capital, sobre el cual insiste mucho el Dr. Pins. En efecto, si se hace inclinar hácia adelante á un enfermo de esta especie, ó si la dispnea no fuese muy intensa, colocándolo en posicion genu-pectoral, se demuestra la desaparicion de los síntomas arriba indicados y esto de una manera tanto más evidente, cuanto que la nueva posicion favorece la declividad del líquido pericárdico. De tal suerte, solo habrá diminucion en el decúbito lateral izquierdo, casi desaparicion en la posicion inclinada hácia adelante, desaparicion completa en la posicion genu-pectoral, en la que la respiracion vuelve al estado normal puesto que desaparece la causa de la compresion. Este signo nuevo de pericarditis se observa en casi todos los períodos de la enfermedad; es más perceptible en los jóvenes, pero se obtiene tambien en las personas de edad. En fin, cuando no es muy perceptible ó no se percibe del todo, se puede admitir la diminucion del derrrame ó la absorcion del líquido.

PATOLOGÍA EXTERNA.

LA SORDERA PARADOXAL.—En la Academia de Ciencias de Paris, el Sr. Boucheron presentó una nota muy curiosa sobre esta enfermedad. En esta sordera el paciente no oye las palabras en una habitacion aislada y silenciosa y con todo *oye la misma palabra si hay ruido*, en coche en ferrocarril, en la calle y en general en los sitios donde se entrecortan, durante un tiempo bastante prolongado, las ondas sonoras múltiples.

La sordera paradoxal que es grave, progresiva y á veces hereditaria, es una *sordera por compresion del laberinto*, una de las formas de las otopiesis y una *media sordera para las armonías de la palabra.*

En efecto, si se procede á *hacer cesar la compresion del laberinto por la operacion de la movilizacion del estribo*, el paciente recobra el oido lo mismo en sitios silenciosos que en aquellos donde hay mucho ruido.

Los medios ordinarios y menos poderosos para disminuir la compresion del laberinto, son, por el contrario, ineficaces y á veces aumentan la compresion y la sordera porque son *impotentes para movilizar el estribo*, ya fijado en la *posicion de compresion.*

Entre 52 operaciones de movilizacion del estribo para las diferentes formas de sordera por otopiesis, el Sr. Boucheron ha practicado 9 veces la operacion por causa de *sordera paradoxal* con buenos resultados en los 9 casos, lo que teóricamente era ya de prever.—*(Le Scapel).*

TERAPÉUTICA.

TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS FAGEDÉNICAS DE LOS PAÍSES CALIENTES, POR LAS PULVERIZACIONES ANTISÉPTICAS.—El empleo de la pulverizacion es de época reciente en terapéutica. Recuérdese, si no, la discusion que hubo en la Academia de Medicina, con motivo de la comunicacion del Sr. Profesor Verneuil, sobre el tratamiento por las pulverizaciones fenicadas.

Actualmente, todos, ó casi todos admiten que la evolucion del ántrax se abrevia, que la inflamacion disminuye y que los dolores se moderan por las pulverizaciones fenicadas. Algunos ántrax que reposan sobre una capa purulenta, son los únicos en que está justificada la incision quirúrgica. Los flegmones difusos de los miembros, las inflamaciones sépticas del hueco izquierdo-rectal se modifican rápida é invariablemente bajo la influencia de este nuevo agente terapéutico.

¿Cómo obra la pulverizacion en esta circunstancia? ¿es por la temperatura, por la humedad

que mantiene constantemente sobre la lesion ó por la sustancia antiséptica que lleva consigo? Es probablemente por estas tres causas reunidas que su accion se manifiesta. El Sr. Nicaise acaba de darnos á conocer, en un curioso trabajo publicado en la *Revue de Chirurgie*, las variaciones de temperatura del vapor pulverizado segun la distancia á que se haall del orificio del pulverizador. Enviamos al lector que desee conocer este detalle, á consultar el trabajo del Sr. Nicaise; pero para la práctica basta saber que se debe colocar el aparato á una distancia tal, que la temperatura pueda procurar una sensacion agradable al enfermo, ni muy fria si el aparato está muy lejano, ni demasiado caliente si la distancia es muy corta.

El Sr. Foutau, que prefiere el ácido bórico como solucion antséptica, acaba de utilizar las propiedades benéficas de la pulverizacion aplicándola contra las úlceras rebeldes pseudo-membranosas que se observan tan á menudo en los países calientes y contra las cuales fracasan casi siempre las medicaciones mejor indicadas.

Segun los *Archives de médecine navale*, que publican los resultados que el Sr. Foutau ha obtenido, estos resultados son muy satisfactorios. Las pulverizaciones se hacen una ó dos veces al dia, durante una hora ú hora y media; en el intervalo la úlcera se cubre con una compresa untada de vaselina bórica. Rápidamente pierde la ulceracion su aspecto sanioso, la supuracion se suspende, los dolores disminuyen y la cicatrizacion se obtiene sin tropiezo y en un tiempo más corto que por los otros tratamientos.

Es este, pues, un nuevo éxito en apoyo de las pulverizaciones antisépticas.—*(Gazette des hopitaux).*

FORMULARIO.

VÓMITOS INCOERCIBLES DEL EMBARAZO.—*(Blumensaudt).*

Clorhidrato de cocaina... 0.20 gramos.
Alcoholado de menta.... 10.00 „
Jarabe de canela........ 30.00 „
Agua de tilo............ 140.00 „

H. s. a. Para tomar á cucharaditas de hora en hora.

DISFAGIA ANORÉXICA.—*(Alvin).*

Iodoformo............. 1 á 2 gramos.
Aceite de almendras dulces.................. 800 „
Esencia de almendras amargas............ 2 á 4 gotas.

M. S. A. y tómese una cucharadita cinco minutos antes de cada una de las dos comidas principales y una cucharada por la mañana al despertar, tragando el medicamento tan lentamente como sea posible. Si la administracion de éste disgusta al enfermo, podrá tomar despues una pastilla de menta ó ácido tímico.

NOTICIAS VARIAS.

CON profundo sentimiento anunciamos á nuestros lectores la muerte de la madre de nuestro inteligente y digno director, el Sr. Dr. José Ramos. Sagrado y justísimo es el dolor que embarga á hijo tan respetuoso como bueno; reciba, pues, nuestro más sincero y sentido pésame.

PONEMOS en conocimiento de todas aquellas personas que reciben la *Revista Médica de México* por conducto de la casa de J. Labadie Sucs. y Comp., que desde el dia 1º de Abril dejarán de recibir dicha publicaeion, por haber terminado el contrato que teniamos celebrado con dicha casa.

Los señores suscritores que quieran seguir recibiendo nuestra publicacion, pueden dirigirse á nuestra Redaccion (Refugio 15, Entresuelo), por medio de una tarjeta postal en donde quede indicado el nombre del suscritor, la poblacion adonde reside y su domicilio.

Las condiciones se encuentran en la primera cara de la cubierta.

CON el presente número concluye el tomo primero de nuestra publicacion; el número de materias de que nos hemos ocupado y los artículos originales que hemos transcrito, forman una coleccion de conocimientos verdaderamente científicos y de gran interes práctico. Nos hemos esforzado en mantener nuestra publicacion á la altura de la ciencia moderna, así como en no tratar de ningun asunto que pudiera ser ajeno á la medicina, por más que en todas las publicaciones de su género se haya destinado una seccion á la *Gacetilla*, que casi nunca tiene el interes científico que fuera de desearse.

Faltaba solo una innovacion cuya importancia nadie puede poner en duda: la *transcripcion taquigráfica de las lecciones de clínica*, cuyos autores no solamente son conocidos en la capital, sino reputados por los hombres más eminentes en el conocimiento de sus respectivas materias. Para ese efecto, los Sres. Dres. Manuel Carmona y Valle, Rafael Lavista y Juan M. Rodriguez han tenido la bondad de señalar cada uno un dia de la semana, que consagrarán á dar una leccion oral sobre los casos clínicos que presenten mayor importancia. Estas lecciones servirán, pues, para formar la seccion editorial cuyo interes crecerá tanto más, cuanto que nadie desconoce el verdadero saber que cada profesor de los que hemos mencionado tiene en su respectivo ramo. Esperamos, con fundamento, que nuestros lectores quedarán complacidos y habrán reunido al cabo del año, una coleccion de artículos que no seria posible conservar de otro modo. Táchesenos ó no de presuntuosos, creemos que tal medida constituye una verdadera innovacion y marca un adelanto real en la prensa médica de la capital.

TIP. DE DUBLAN Y COMP.

INDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN ESTE TOMO

Páginas

L

M

N

Páginas

O

P

NOMBRES DE LOS AUTORES

CUYOS TRABAJOS SE HAN PUBLICADO EN EL VOLUMEN 1º DE LA "REVISTA MÉCDIA DE MÉXICO."



